UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

Unité d'Enseignement et de Recherche d'Odontologie

ANNÉE 1971 - THÈSE N° 2

LAMBEAUX D'ÉPAISSEUR PARTIELLE EN CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE

Thèse pour le Doctorat en Chirurgie Dentaire

présentée et soutenue publiquement

Le Jeudi 29 Juillet 1971

par Jean C. DULUC

Né le 21 Avril 1915 à CHARTRES

Ancien Chef de Clinique Odonto-Stomatologique à la Faculté

Professeur à l'U.E.R. d'Odontologie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. L. DOUTRE, *Professeur,* Titulaire de Clinique Chirurgicale — Président

M. R. CANIVENC, *Professeur,* Titulaire d'Histologie . .

P. BOUSSAGOL, Professeur à l'U.E.R. d'Odontologie . . — Juges

R. G. GUDIN, Professeur à l'U.E.R. d'Odontologie . . . .

IMPRESSION OFFSET, 28, RUE DU MARÉCHAL-JOFFRE - BORDEAUX - TÉL. 52.95.36

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543911_0041

ERRATA

Il faut lire :

Page 9	Ligne 17	du lambeau s'accompagne
Page 9	Ligne 23	et épaisse, doivent faire redouter
Page 18	Ligne 4	en quatre catégories
Page 40	Ligne 28	d'épaisseur partielle, qu'un lambeau
Page 62	Ligne 10	les limites du prélèvement à effectuer
Page 64	Ligne 27	d'un film de polyéthylène
Page 65	Ligne 26	apprécier si l'intervention se couronne
Page 78	Ligne 11	hypominéralisée, dans laquelle ne se remarque aucun système Haversien caractéristique ; la surface en affecte un dessin accidenté, en fjords au fond desquels se retrouvent
Page 81	Ligne 8	un des procédés évoqués.

***

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

Unité d'Enseignement et de Recherche d'Odontologie

ANNÉE 1971 - THÈSE N° 2

LAMBEAUX D'ÉPAISSEUR PARTIELLE EN CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE

Thèse pour le Doctorat en Chirurgie Dentaire

présentée et soutenue publiquement

Le Jeudi 29 Juillet 1971

par Jean C. DULUC

Né le 21 Avril 1915 à CHARTRES

Ancien Chef de Clinique Odonto-Stomatologique à la Faculté

Professeur à l'U.E.R. d'Odontologie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. M. L. DOUTRE, *Professeur*, Titulaire de Clinique Chirurgicale — Président

M. R. CANIVENC, *Professeur*, Titulaire d'Histologie . .

P. BOUSSAGOL, Professeur à l'U.E.R. d'Odontologie . . — Juges

R. G. GUDIN, Professeur à l'U.E.R. d'Odontologie . . . .

IMPRESSION OFFSET, 28, RUE DU MARÉCHAL-JOFFRE - BORDEAUX - TÉL. 52.95.36

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur L.P. DOUTRE

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Licencié es Sciences
Officier des Palmes Académiques

Nous remercions l'ancien camarade d'externat de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur R. CANIVENC

Professeur titulaire d'histologie
Directeur du Centre d'Etudes Biologiques des Animaux sauvages de Chizé
Chevalier des Palmes Académiques.

Au cours de six années de recherche écoulées dans le laboratoire d'histologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, il nous a prodigué conseils et cordialité.

Qu'il trouve ici l'expression de notre amicale gratitude.

A Monsieur le Professeur R.G. GUDIN

Professeur d'Orthopédie dento-faciale à l'U.E.R. d'Odontologie
Docteur es Sciences de l'Université de Paris
Docteur en Chirurgie dentaire

Nous nous honorons de voir siéger dans le jury de notre thèse un orthopédiste faisant autorité.

A Monsieur le Professeur P. BOUSSAGOL

Professeur de Biologie à l'U.E.R. d'Odontologie
Docteur en Chirurgie Dentaire
Croix de la valeur militaire (E.A.)

Nous le remercions très vivement de l'aide qu'il nous a apportée pour la partie histologique de ce travail.

OBJECTIFS DE LA CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE

Le terme de "Chirurgie Muco-gingivale" est appliqué aux procédés chirurgicaux mis en oeuvre pour résoudre les problèmes concernant les relations entre la gencive et la muqueuse alvéolaire. En relèvent essentiellement :

1°/ L'extension des poches parodontales au-delà de la jonction muco-gingivale

2°/ Les vestibules d'une profondeur inadéquate

3°/ Les freins affectant des insertions défectueuses

4°/ Les recessions gingivales.

La chirurgie muco-gingivale se propose plusieurs objectifs :

- Suppression des poches

- Etablissement d'une aire fonctionnelle de gencive attachée

- Elimination de toutes rétractions au niveau de la gencive marginale et des papilles interproximales lorsqu'elles sont soumises à des tractions musculaires transmises par les freins et la muqueuse alvéolaire

- Augmentation de la profondeur vestibulaire

- Comblement des récessions gingivales unitaires ou localisées.

***

EVOLUTION DES TECHNIQUES DE CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE

Les atteintes des tissus de support déterminent entre les différents constituants parodontaux des perturbations topographiques telles qu'une simple chirurgie d'exérèse, se bornant à l'éviction des murs des poches, laissera derrière elle des conditions propices à une récidive de l'inflammation.

Au cours des Parodontites profondes, les techniques classiques de gingivectomies complétées de gingivo-plasties aboutissent après élimination de la gencive attachée à une marge cicatricielle rétractile constituée en partie par la muqueuse alvéolaire non kératinisée, inapte à affronter les traumatismes physiologiques et une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.

Il est, en outre vain,en l'absence de gencive attachée,d'attendre d'une marge de muqueuse alvéolaire des qualités déflectrices, d'autant que, comme le soulignait déjà HIRSHFELD en 1936, la proximité des freins et la tension exercée par les attaches musculaires favoriseront la réapparition du processus pathologique.

C'est à GOLDMAN que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur les problèmes posés par les relations entre la gencive et la muqueuse. Il proposa des procédés chirurgicaux tendant à ménager un complexe gingivo-muqueux

valable tout en le libérant des influences de l'environnement, ce qui implique souvent une extension vestibulaire.

L'ère de la chirurgie muco-gingivale était ouverte.

FRIEDMAN devait largement contribuer à la préciser.

Les insuccès furent d'abord nombreux, cette chirurgie ne s'étayant que sur une connaissance insuffisante de la cicatrisation à laquelle seules des études de laboratoire avaient été consacrées.

Le parodontologiste s'est trouvé confronté avec un certain nombre de problèmes :

1°/ Poches atteignant ou dépassant la jonction muco-gingivale

2°/ Freins s'insérant sur la marge gingivale

3°/ Récessions gingivales.

I - POCHES ATTEIGNANT OU DEPASSANT LA JONCTION MUCO-GINGIVALE

De telles situations imputables aux Parodontites profondes devaient faire naître des techniques dont plusieurs ne sont pratiquement plus utilisées.

Avant que la chirurgie muco-gingivale n'ait vu le jour, certains opérateurs excisaient la muqueuse alvéolai-

re, mettant à nu une importante surface osseuse dans le dessein de permettre au tissu de granulation émanant des espaces médullaires ou du desmodonte de la recouvrir. Ce procédé de refoulement (push back), outre qu'il s'accompagnait de suites opératoires longues et pénibles, entraînait des déformations anatomiques. Des applications expérimentales furent entreprises sur l'animal par WILDERMAN, WENTZ et ORBAN. WILDERMAN découvrait environ 5 mm d'os. Dans les 6 à 10 jours qui suivaient l'intervention, 5 mm d'os dénudé étaient résorbés, mais 2,5 mm auraient régénéré entre le 95ème et le 185ème jour.

CHACKER et COHEN expérimentant sur des singes confirmèrent que la dénudation osseuse aboutissait à une résorption. PFEIFER observa que chez l'homme une exposition de 2 à 3 mm d'os entraînait une perte osseuse réduite mais aussi des dégénérescences osseuses évidentes.

Au cours de l'extension vestibulaire avec rétention périostée (procédé du "stripping"), une incision parcourait la jonction muco-gingivale. Le conjonctif recouvrant le procès alvéolaire était dénudé, préparé, et afin de prévenir l'établissement de nouvelles connections entre la musculature et les fibres sectionnées un pansement était mis en place.

La séparation périostée avec rétention périostée à été décrite par ROBINSON, CORN et BOHANNAN.

Elle trouve sa principale indication au niveau du vestibule antéro-inférieur.

Débutant à la jonction muco-gingivale, une incision est effectuée avec une lame n° 15 parallèle au procés alvéolaire

disséquant contre le périoste. Une tension exercée sur la lèvre facilite cette dissection au sein du tissu conjonctif et des fibres musculaires. Une augmentation de la profondeur vestibulaire est ainsi obtenue.

Au niveau inférieur de ce vestibule approfondi, une incision de séparation périostée allant jusqu'au contact osseux est réalisée de canine à canine par la lame orientée perpendiculairement à la table externe. Une pression exercée par le pouce permet d'obtenir au niveau de ce territoire une exposition osseuse de 4 à 5 mm. Le vestibule se trouve approfondi de 4 à 5 mm par rapport au niveau de l'incision horizontale de séparation périostée. Une surface d'os dénudé est ainsi créée. Des incisions latérales de décharge apportent le relachement nécessaire. Le lambeau muqueux d'épaisseur partielle est suturé au périoste, à la berge apicale du territoire d'exposition osseuse.

Le renouvellement du pack chirurgical intervient tous les dix jours. Il doit être porté pendant un mois. En cas de dépose prématurée, l'épithélialisation incomplète du néo-vestibule autorise une prolifération exubérante du conjonctif sous-jacent et entraîne une perte plus ou moins prononcée des résultats acquis au cours de l'acte opératoire.

Il convient néanmoins de noter que les résultats de la fenestration périostée sur la cicatrisation parodontale et la hauteur gingivale post-opératoire ont fait l'objet, après intervention sur des animaux, d'études biométriques et histologiques de CARRANZA et de ses collaborateurs tendant à conclure à une stabilisation partielle de la limite muco-gingivale obtenue.

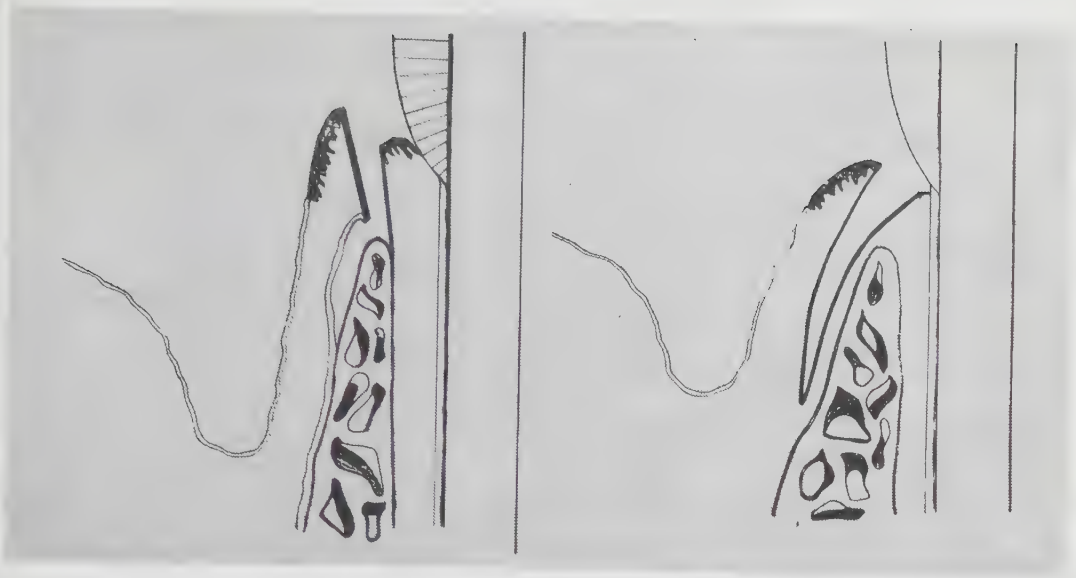
Les études biométriques réalisées chez l'homme par REDONDO et ses collaborateurs confirment ces conclusions.

Cette technique n'emporte pas notre adhésion, les lambeaux d'épaisseur partielle repositionnés apicalement nous ayant apporté, par des procédés relativement plus simples et moins traumatisants, d'excellents résultats.

Le lambeau d'épaisseur totale ou muco-périosté repositionné aussi près que possible de la jonction cémento-énamélique permet assurément l'accès aux lésions osseuses mais peut conduire à l'excision de précieux territoires de gencive attachée. Aucune amélioration n'est apportée à la configuration vestibulaire. Tout le complexe tissulaire, y compris le périoste fait l'objet d'un décollement.

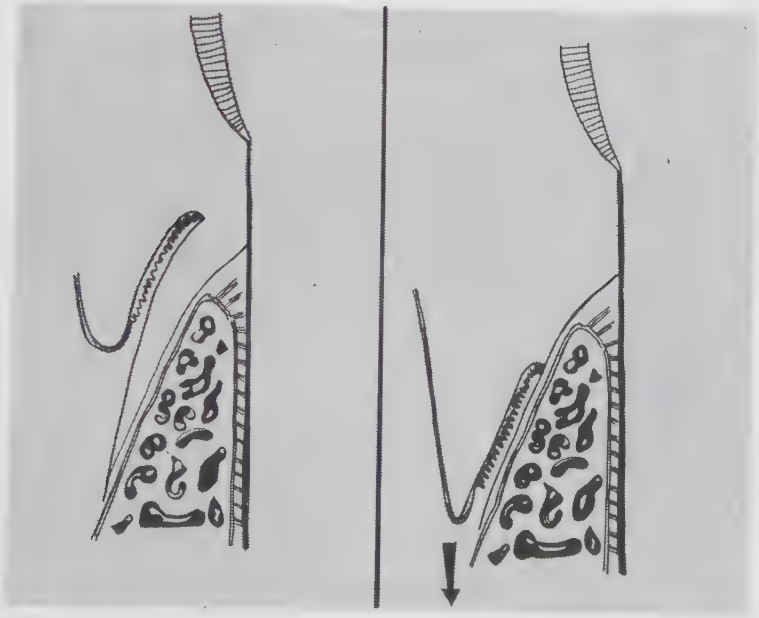
Dans un souci de préserver le maximum de gencive fonctionnelle, NABERS, puis FRIEDMAN proposèrent de repositionner apicalement le lambeau d'épaisseur totale. NABERS devait bientôt décrire l'incision de la gencive marginale en biseau inversé ou interne, tandis que FRIEDMAN, tout en apportant des améliorations à cette méthode, procédait à des études sur la cicatrisation.

L'incision à biseau interne permet d'exciser la partie du mur de tissu mou de la poche la plus remaniée par l'inflammation. S'étendant jusqu'à la crête alvéolaire, elle doit intéresser toute la partie marginale du lambeau et y suivre un trajet festonné. Après éviction des tissus pathologiques, le lambeau est recliné à l'aide d'un décolleur à périoste. Les corrections requises sont alors apportées aux contours osseux. La gencive assainie et amincie par l'incision à biseau interne est repositionnée de manière à recouvrir la crête alvéolaire, puis suturée. La qualité de la coaptation constituant un facteur de succès, de nombreuses techniques de suture ont été proposées. Celles décrites par DAHLBERG et par MALAMED s'avèrent intéressantes. Nous apprécions personnellement la suture dite



Lambeau d'épaisseur totale

Lambeau d'épaisseur partielle



Lambeau repositionné apicalement

en "Jarretelle" préconisée par BARRELLE et KOSKAS.

Le lambeau repositionné apicalement permet d'éliminer les poches s'étendant à la muqueuse alvéolaire et surtout d'approfondir le vestibule sans y pratiquer d'incision. Il est ainsi épargné au patient de subir les suites opératoires d'une vestibulo plastie.

DONNENFELD, MARKS et GLICKMAN ont consacré une étude biométrique à la technique du lambeau muco-périosté repositionné apicalement. Sur six patients les lambeaux furent soulevés après 16 semaines de cicatrisation ; le niveau de l'os était mesuré et les mensurations comparées avec celles prises avant l'intervention. Ils notèrent une perte de hauteur de l'os de 0,63 mm, ce qui, cliniquement, demeure réduit. Ces constatations allaient dans le sens des résultats recueillis antérieurement par FRIEDMAN et LEVINE. Ceux-ci distinguent trois classes de lambeaux repositionnés apicalement :

- Classe 1

Une zone importante de gencive est présente et s'avère de nature fibreuse. Le repositionnement apical créerait une zone de gencive attachée plus large que nécessaire. Une partie sera excisée par un biseau interne.

- Classe 2

La largeur de la zone de gencive attachée est modérée : elle devra en entier subir un repositionnement apical de façon à créer une zone adéquate de gencive fonctionnelle. Dans ce cas, seule une excision réduite sera pratiquée. Le revêtement gingival n'étant que peu ou pas fibreux, le curetage parodontal suffira le plus souvent.

- Classe 3

La hauteur de gencive marginale se trouve réduite à 1/2 ou 1 mm. Elle sera conservée et fera l'objet d'un simple curetage avant le repositionnement du lambeau.

Notre expérience clinique personnelle nous porte à considérer cette nomen clature comme quelque peu arbitraire et bien exceptionnels sont les cas au cours desquels le parodontologiste peut appréhender un excès de gencive fonctionnelle.

La plupart des auteurs, à l'instar de ARIAUDO et TYRELL ont surtout décrit des applications de cette technique à des cas se situant dans la classe I de FRIEDMAN et LEVINE. Le repositionnement coronaire a été proposé par SUMNER.

Nous possédons actuellement pour remédier aux récessions gingivales des techniques plus appropriées.

En règle, il est permis d'escompter que le repositionnement du lambeau s'accompagne d'une cicatrisation parfaite mais le risque de préjudices osseux demeure ; des réinvestigations ont apporté la preuve qu'ainsi des fenestrations s'étaient transformées en déhiscences.

D'autre part, tous défauts anatomiques consécutifs au positionnement d'une dent en émergence sur l'arcade ou à une table osseuse mince, une gencive insuffisamment ferme et épaisse doivent faire redouter les conséquences d'un lambeau d'épaisseur totale.

Le fait que les dénudations osseuses complètes soient fréquemment à l'origine de lyse osseuse a été souligné par de nombreux travaux parmi lesquels figurent ceux

de WILDERMANN, HELBURN et PFEIFER. A cet égard, la dénudation se montre plus préjudiciable à l'os radiculaire qu'à l'os interproximal.

CORN a apporté à la chirurgie plastique gingivale une contribution considérable. Il est au principe de l'utilisation du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement.

STAFFILENO qui s'est penché sur les incidences histologiques de cette technique lui donne l'appellation de "split thickness flap" ; la plupart des auteurs se rangent à celle de lambeau d'épaisseur partielle.

Au cours de cette intervention une partie seulement du complexe tissulaire est décollée, tandis que fibres conjonctives et périoste demeurent fixés à la racine et aux procès alvéolaires.

L'incision se pratique au sein de la lamina propria de la gencive et se poursuit dans la sous muqueuse de la muqueuse alvéolaire.

Le périoste laissé en place épargne à l'os sous-jacent des phénomènes de résorption ; il assure, en outre, une régénération gingivale.

Ce procédé que nous avons appliqué dans soixante dix huit cas nous a apporté des résultats régulièrement satisfaisants.

Le lambeau d'épaisseur partielle devait prendre place dans de nombreuses interventions de chirurgie mucogingivale.

CORN l'appliqua au lambeau gingival palatin auquel OCHSENBEIN et BOHANNAN avaient antérieurement apporté une précieuse contribution et en étendit les indications aux lambeaux de la tubérosité ainsi que de la région rétromolaire.

CORN et STAFFILENO l'utilisèrent dans le lambeau positionné latéralement, puis il trouva des applications dans le lambeau bi-papillaire, les greffes pédiculées des zones édentées et les greffes libres.

Bennet KLAVAN préconise le lambeau d'épaisseur partielle "replacé", c'est-à-dire suturé à la fin de l'intervention dans sa position première. Une incision horizontale en biseau inversé dirigée vers la marge osseuse crée un lambeau d'épaisseur partielle. Cette incision horizontale se situe un peu plus apicalement que la marge gingivale ; son niveau est déterminé à la fois par la surface et l'épaisseur de gencive attachée et par des considérations esthétiques. L'importance de marge gingivale sera moindre lorsque l'opérateur se trouvera en face d'une gencive attachée plus étroite et mince. Des incisions de décharge facilitent l'accès. Le lambeau élevé découvre du tissu de granulation ainsi que les surfaces radiculaires. Les temps opératoires suivants ne diffèrent pas de ceux d'un lambeau d'épaisseur partielle classique.

Cette technique ne se réclame pas d'une particulière originalité ; elle se rapproche de celle décrite par ORBAN et nombre d'autres auteurs. KLAVAN estime que lorsque l'épithélium créviculaire ainsi que le tissu de granulation sous-jacent sont soulevés, la paroi de poche restante offre les plus grandes analogies avec le lambeau utilisé dans la greffe pédiculée ; ceci ne paraît d'ailleurs pas tout à fait exact car ce sont des tissus sains prélevés au niveau du site donneur qui constituent cette dernière. KLAVAN considère que le lambeau ainsi obtenu offre les mêmes possibilités de réattachement à la racine que le lambeau d'épaisseur partielle déplacé

latéralement. Les travaux anciens de ZENTLER, WIDMAN, KIRKLAND, et plus récents de MORRIS et HARVEY, autorisent à l'admettre.

Récemment HIATT et STALLARD ont montré sur des chiens la possibilité de ce réattachement ; il s'avère de nature conjonctivo-épithéliale. EDWARDS et ses collaborateurs expérimentant sur le rat ont précisé l'existence d'un mécanisme d'adhésion des cellules conjonctives à la dentine radiculaire, antérieurement à la cémentogenèse. Il s'agit d'un matériau amorphe, métachromatique, et donnant une réaction PAS positive.

Ce procédé présente les avantages du lambeau d'épaisseur partielle qui constitue l'objet de ce travail, mais ses indications demeurent limitées à des poches supra-osseuses dans lesquelles l'os interproximal doit être peu atteint, afin d'offrir un support au lambeau repositionné.

II - LES INSERTIONS HAUTES DES FREINS

Les Frenectomies pratiquées de longue date sur des indications non parodontologiques ont trouvé leur place soit en tant qu'interventions isolées lorsque les tractions exercent une action dommageable à un parodonte contigu, soit en s'inscrivant dans d'autres procédés chirurgicaux.

La technique de la frenotomie devait être dégagée par FRIEDMAN.

III - RECESSIONS GINGIVALES

En 1956, GRUPE et WARREN donnèrent une vive impulsion à la chirurgie muco-gingivale en introduisant les greffes pédiculées ou lambeaux repositionnés latéralement. Ils décrivirent des lambeaux par glissement d'épaisseur totale.

WILDERMANN et WENTZ étudièrent sur l'animal le processus de cicatrisation se développant au cours de cette chirurgie et conclurent à l'établissement d'une nouvelle attache gingivale.

ALBANO, CAFFESSE et CARRANZA évaluèrent biométriquement chez l'homme les résultats obtenus par cette technique.

Les inconvénients d'une dénudation totale de l'os du site donneur conduisirent CORN et STAFFILENO a proposer l'utilisation des lambeaux d'épaisseur partielle.

Lorsque la qualité des tissus du site donneur n'est pas optimale, COHEN a suggéré l'utilisation des deux territoires bordant la récession. Il décrivit avec ROSS le protocole opératoire du lambeau bi-papillaire.

En 1964, KING et PENNEL ont rapporté devant la Société de Périodontologie de Philadelphie d'intéressants résultats obtenus avec une greffe libre palatine placée sur la surface vestibulaire d'une dent dont la racine était dénudée.

Puis COWAN, NABERS, HAGGERTY, et BECKER étudièrent des procédés d'extension vestibulaire ou d'augmentation de la gencive attachée faisant appel aux autogreffes libres.

NABERS mit en évidence le fait que des greffons épithéliaux placés sur des plaies de gingivectomie amenaient un accroissement prononcé de la vitesse de cicatrisation ainsi qu'une réduction concomitante des troubles post-opératoires.

Passant en revue les principes et les techniques de greffes gingivales libres autogènes, SULLIVAN et ATKINS n'ont pas cru devoir prendre en considération le greffon fin d'épaisseur partielle ; il s'avère pourtant qu'il représente la technique permettant d'obtenir les meilleurs résultats.

***

MODALITES D'APPLICATION DES LAMBEAUX D'EPAISSEUR PARTIELLE

De nombreux procédés de chirurgie plastique gingivale font appel aux lambeaux d'épaisseur partielle, selon qu'elles tendent à préserver la gencive attachée, à l'accroître, ou à la repositionner. Plusieurs techniques s'offrent à l'opérateur.

PRESERVATION ET RETENTION DE LA GENCIVE

- Lambeaux palatins
- Lambeaux tubérositaires
- Lambeaux rétro-molaires

ACCROISSEMENT DE LA GENCIVE

- Lambeaux repositionnés apicalement.

REPOSITIONNEMENT DE LA GENCIVE

- Lambeaux repositionnés latéralement ou lambeaux de rotation
- Lambeaux bi-papillaires
- Greffes pédiculées des zones édentées
- Greffes libres.

***

LAMBEAU PALATIN

Les techniques de résection étendue de la gencive sont décevantes en raison de pénibles suites opératoires ainsi que des séquelles rétractiles qu'elles entraînent.

FRIEDMAN a mis l'accent sur l'opportunité d'une incision à biseau interne, suivi en ceci par PRICHARD.

Bien que le lambeau muco-périosté représente un progrès, le lambeau d'épaisseur partielle offre par rapport à ce dernier de nets avantages :

- la manipulation chirurgicale du tissu palatin se trouve facilitée,

- le traumatisme chirurgical demeure réduit, le périoste n'ayant été détaché que partiellement de l'os comme on verra plus loin,

- la réparation se développe rapidement entre les deux interfaces du conjonctif du lambeau et du conjonctif recouvrant le périoste.

- la cicatrisation permet d'obtenir un meilleur affinement des contours gingivo-dentaires.

STAFFILENO distingue, à juste titre, une chirurgie du lambeau palatin postérieur et une chirurgie du lambeau palatin antérieur.

LAMBEAU PALATIN POSTERIEUR

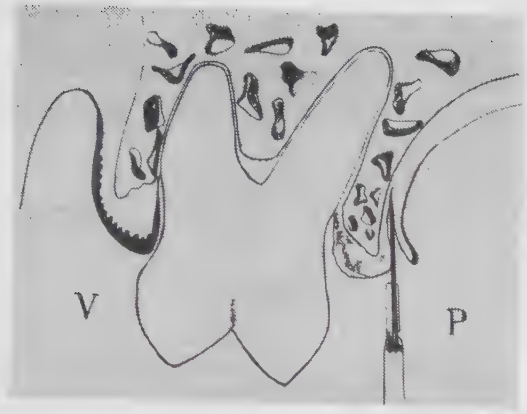
C'est au niveau de ce territoire que les suites opératoires après une simple chirurgie d'exérèse étaient les plus longues en raison de la présence fréquente de grandes exostoses palatines s'étendant de la première molaire à la tubérosité.

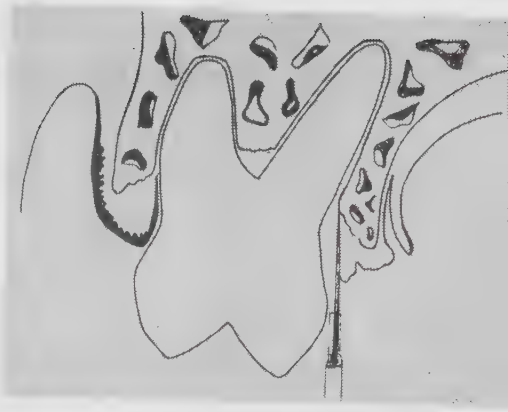
Procédant à une étude critique des cratères interproximaux développés au niveau des secteurs latéraux supérieurs, OCHSENBEIN et BOHANNAN ont dégagé les caractéristiques et le but d'une chirurgie palatine moderne s'opposant aux techniques classiques ; elle vise à réduire les cratères osseux en permettant leur abord par voie palatine.

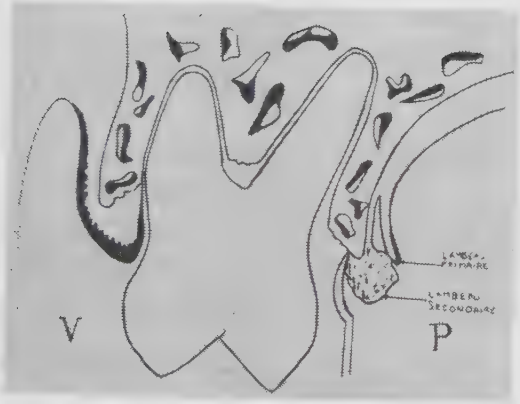
Les destructions osseuses interproximales dessinent des concavités vestibulo-linguales développées lorsqu'une résorption de la crête interdentaire intervient entre les corticales vestibulaires et palatines ; les variations de forme de consistance et de texture des tissus mous masquent leur topographie, si bien qu'une appréciation exacte n'en est possible que lorsqu'elles sont dénudées chirurgicalement.

Les relations entre les points de bifurcation des molaires et la marge osseuse vestibulaire doivent dicter la conduite à suivre ; normalement, 2 à 3 millimètres séparent cette dernière de la bifurcation des racines vestibulaires de la dent de 6 ans. Le point de bifurcation de la seconde molaire est plus élevé. Une ostéoplastie plus large y apparaît donc acceptable. En face de cratères étendus apicalement, l'intérêt de les traiter par voie palatine s'impose, des ostéoplasties vestibulaires risquant d'exposer les furcations.

Un autre point milite en faveur de l'abord palatin ; la promiscuité de la racine disto-vestibulaire des premières molaires et de la racine mésio-vestibulaire des secondes







Lambeau palatin postérieur

molaires crée des conditions d'accès difficile et rend plus aléatoire la réalisation d'un contour osseux physiologique.

OCHSENBEIN et BOHANNAN classent les cratères en trois catégories :

- Classe 1

C'est une concavité osseuse de 2 ou 3 mm bordée de murs vestibulaires et linguaux relativement épais. La pente du fond de l'excavation aux crêtes est peu accusée.

Le mur vestibulaire du cratère mésial ou distal à la première molaire étant réduit chirurgicalement de 2 ou 3 mm, l'aire interdentaire deviendra apicale par rapport à l'os marginal vestibulaire. S'il persiste 2 ou 3 mm d'os vestibulaire coronaire à la furcation, les résultats seront excellents.

- Classe 2

La concavité osseuse profonde de 4 à 5 mm possède habituellement un large orifice, des murs minces et des pentes plus abruptes.

Le problème thérapeutique devient plus complexe. L'ostéo-plastie souhaitable du mur vestibulaire du cratère situera l'os interdentaire apicalement par rapport à la furcation de la première molaire ; une exérèse osseuse insuffisante laissera persister une partie du cratère.

- Classe 3

Il s'agit d'une lésion plus avancée entraînant une diformité plus sévère. Les parois abruptes circonscrivent une base large et plate. Ce type de lésion est fréquemment rencontré en l'absence de poches sur les surfaces vestibulaires

et palatines des dents limitrophes.

La réduction chirurgicale ne peut que placer l'os interdentaire très apicalement à la furcation. Il en résulte une configuration défectueuse risquant de compromettre l'avenir.

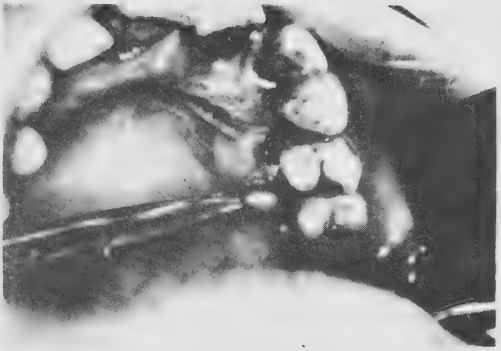
- Classe 4

C'est le type le moins souvent rencontré, caractérisé par une concavité osseuse de profondeur variable, bordée de murs vestibulaires et palatins extrêmement fins. La base du cratère est souvent plus large que l'orifice.

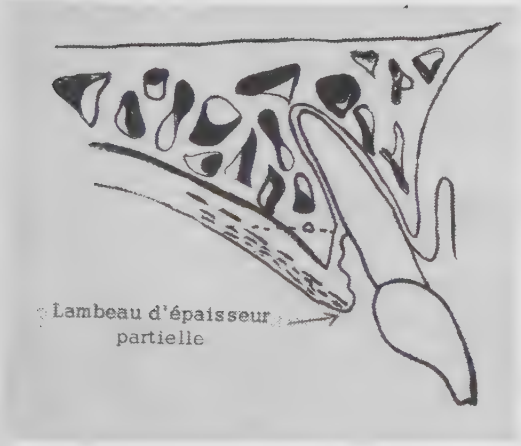
Le lambeau palatin ne sera pas muco-gingival, mais gingival à proprement parler. Toutefois, puisque l'opérateur atteint les structures sous muqueuses palatines représentées par le tissu conjonctif au sein duquel résident glandes et éléments adipeux, cette technique a sa place dans la chirurgie muco-gingivale.

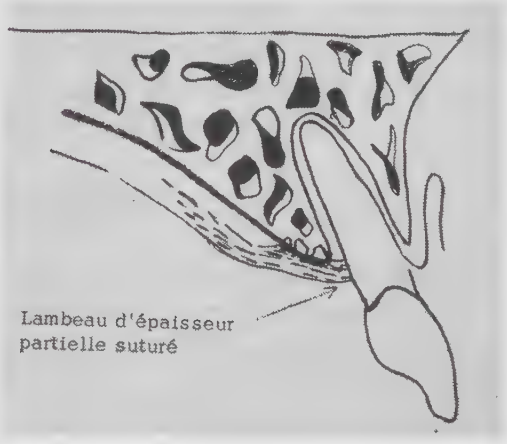
L'abord des objectifs osseux débute par un lambeau primaire d'épaisseur partielle. L'incision réalisée à l'aide d'une lame n° 15 au ras de la marge gingivale sur son versant palatin est effectuée dans le sens disto-mésial et débute au niveau de la tubérosité. La lame orientée dans le plan de la surface osseuse s'insère dans la lamina propria et les couches les plus superficielles de la sous-muqueuse des plans de recouvrement palatins. L'orientation de la lame est alors modifiée de manière à amorcer une réflexion du lambeau.

Il demeure sur l'os alvéolaire une bande de tissu constituée du mur de tissus mous de la poche et du périoste. Une incision secondaire y est pratiquée. Elle affecte une orientation parallèle à l'incision primaire, la lame se dirigeant à travers les murs de tissus mous de la poche vers la crête



Lambeau palatin postérieur :
éviction du lambeau secondaire





Lambeau palatin antérieur

osseuse ; l'élévation du lambeau secondaire est ainsi préparée.

A l'aide d'un mince élévateur à périoste introduit dans les espaces interproximaux, le lambeau secondaire muco-périosté est récliné puis élevé, exposant les cratères osseux sous-jacents. L'exérèse s'en achève à l'aide d'une petite pince hémostatique. La conservation du lambeau primaire va permettre, grâce à sa finesse la fermeture du champ opératoire. Il est positionné à l'aide d'une pince. Sa marge doit recouvrir la crête osseuse et se situer à un mm coronairement par rapport à elle. Les excès éventuels de tissu sont éliminés. Des rectifications assurent la meilleure adaptation possible de la marge à chacune des dents. Une suture continue fixe le lambeau primaire. Un ciment chirurgical est appliqué. Les habituels soins et médications post-opératoires sont prescrits. La cicatrisation se développera rapidement et sans complications.

Le lambeau palatin sera souvent combiné à un lambeau d'épaisseur partielle vestibulaire et si besoin à un lambeau tubérositaire d'épaisseur partielle.

LAMBEAU PALATIN ANTERIEUR

Il s'adresse au territoire incisivo-canin. La première incision d'une profondeur de 4 mm est pratiquée avec une lame n° 15 tenue parallèlement à l'axe des dents. Elle décrit un trajet festonné qui permettra ultérieurement au cours du stade de repositionnement de clore les espaces interdentaires.

La lame effectue une seconde pénétration pour accentuer le détachement du lambeau. Ainsi est obtenu un lambeau flexible constitué d'épithélium et d'une partie du

chorion sous-jacent, tandis que le périoste recouvert des couches profondes du chorion reste en place.

Le lambeau récliné donne accès aux territoires interdentaires et intra-alvéolaires enflammés. Un curetage du tissu de granulation révèle la topographie des atteintes osseuses. Une ostéoplastie est effectuée afin de rétablir des contours osseux sur lesquels le lambeau pourra être apposé. Le curetage et le polissage des racines doivent être exécutés avec la plus grande minutie.

Le lambeau est repositionné et sa marge adaptée à la configuration des racines.

Des sutures individuelles décrivant un trajet circonférentiel aux dents sont préférables ; il convient de placer les premières au milieu.

Un pansement chirurgical est inséré pour une semaine, déposé et renouvelé pour une semaine supplémentaire.

***

LAMBEAUX TUBEROSITAIRES

La zone distale rétro-molaire supérieure est d'un accès malaisé. Les poches s'y développent d'autant mieux que les phénomènes de bourrage et de rétention alimentaire y sont fréquents et que l'hygiène est délicate à en assurer.

La morphologie de la gencive tubérositaire exubérante et de structure fibreuse la situe coronairement de plusieurs millimètres par rapport à la jonction cémento-énamélique.

Des raisons anatomiques vouent les résections à l'insuccès :

- voûte palatine plate allant de pair avec une jonction muco-gingivale haute du côté vestibulaire.

- procès alvéolaires particulièrement développés au niveau de la tubérosité.

- exostoses.

Pour traiter une poche supra-osseuse, une incision horizontale partant de la partie distale de la tubérosité peut reséquer tous les tissus jusqu'à la base de la lésion. Il en résulte une perte de substance importante, gênante pour le patient, mais néanmoins acceptable.

Il en va autrement lorsqu'une poche infra-osseuse est en cause, surtout lorsqu'elle se complique de propaga-

tion à la furcation de la dernière molaire ; l'ostéo-plastie crée une dénudation qui ne cicatrisera que lentement, par seconde intention, entraînant des suites opératoires pénibles.

CORN a apporté une élégante solution à ce problème en y appliquant la technique des lambeaux d'épaisseur partielle combinée avec des lambeaux positionnés vestibulaires et palatins.

Dans cette chirurgie par quadrants, le lambeau tubérositaire comporte deux composants :

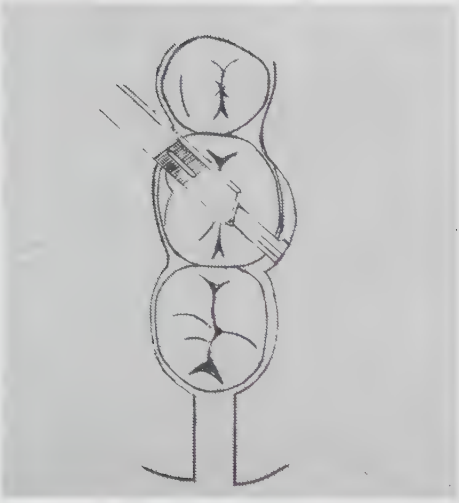
- un lambeau vestibulaire, muco-gingival,
- un lambeau palatin gingival.

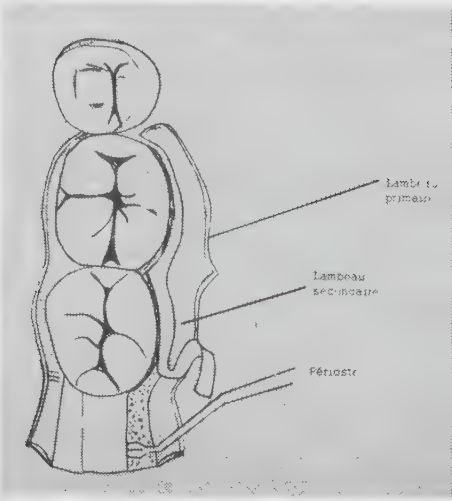
Les incisions effectuées avec une lame n° 12 débutent à la partie distale de la tubérosité, puis elles se poursuivent mésialement sur les versants palatin et vestibulaire de la crête. Les deux incisions parallèles aboutissent à la face distale de la dernière molaire, la contournent et cheminent mésialement afin d'amorcer les lambeaux d'épaisseur partielle vestibulaires et palatines.

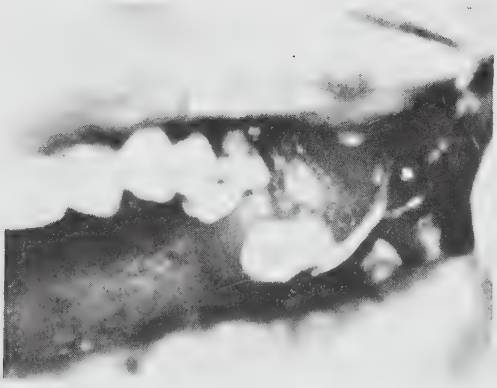
Deux incisions verticales à l'extrémité distale de la tubérosité donnent une mobilité aux lambeaux.

La lame change d'angulation et dissèque les lambeaux primaires d'épaisseur partielle qui entrent en connection avec les lambeaux partiels vestibulaires et palatins. Leur élévation découvre un tissu conjonctif sous-jacent constituant en partie le mur de tissu mou de la poche.

L'éxérèse des lambeaux muco-périostés secondaires à l'aide de pinces hémostatiques donne de la souplesse aux lambeaux primaires ; ceci est surtout remarquable et néces-







Lambeau tubérositaire

saire sur le versant palatin.

Le bloc de masse gingivale fibreuse demeurant sur la crête est réséqué avec une lame n° 11 de Goldman Fox dans un mouvement disto-mésial. Ainsi est obtenu un excellent accès à la poche supra-osseuse dont il devient possible d'effectuer un curetage complet ; ce dernier révèlera les éventuelles atteintes des furcations. La correction osseuse est entreprise. Des thérapeutiques spécifiques à type de greffes osseuses peuvent trouver là des applications.

La finesse des lambeaux partiels vestibulaire et palatin permet alors de les adapter à la nouvelle configuration de la tubérosité et grâce à leur mobilité un affrontement valable est réalisé par une suture de préférence continue.

Auparavant, il s'avèrera parfois nécessaire, s'il existe un excès de tissu, de procéder à une gingivectomie limitée suivie d'une gingivo-plastie assurant une bonne adaptation de la marge du lambeau primaire à la denture.

Un ciment chirurgical est appliqué et les médications post-opératoires habituelles prescrites. Le pack sera renouvelé au bout de huit ou dix jours.

Cette intervention demeure d'une réalisation malaisée en raison des difficultés d'accès à la région tubérositaire ; l'obtention de documents photographiques pose de délicats problèmes.

Elle présente toutefois de réels avantages :

- conservation de la gencive permettant une coaptation capable de protéger les interventions osseuses entreprises.

- cicatrisation rapide réduisant au minimum les signes subjectifs post-opératoires.

***

LAMBEAUX RETRO-MOLAIRES

Peut être encore davantage que pour la tubérosité, l'élimination complète des poches infra-osseuses distales à la dernière molaire inférieure fut longtemps considérée comme n'étant réalisable qu'au prix d'éxérèses laissant derrière elles des pertes de substance grévées de cicatrisations interminables et d'algies prononcées.

Les conditions morphologiques multipliaient les raisons d'insuccès :

- la configuration proéminante des tissus rétro-molaires ; il n'existe, en effet, le plus souvent qu'une étroite bande de gencive et la plus grande partie de l'aire rétro-molaire est représentée par une muqueuse particulièrement labile. Une telle disposition n'est pas sans favoriser le développement des poches.

- la crête oblique externe est dans de nombreux cas coronaire par rapport à la marge osseuse parodontale, ce qui contribue aussi à faciliter un approfondissement pathologique du sillon gingivo-dentaire.

CORN a proposé une chirurgie par quadrants sensiblement voisine de celle de la tubérosité et faisant appel à des lambeaux d'épaisseur partielle.

Deux incisions parallèles sont tracées avec une lame n° 12 sur les versants vestibulaire et lingual de la

crête rétro-molaire. Ces incisions primaires aboutissent à la face distale de la dernière molaire, la contournent, s'étendent en avant sur la marge du sillon gingivo-dentaire vestibulaire et sur la surface linguale.

L'angulation de la lame est ensuite modifiée afin de permettre la préparation de lambeaux d'épaisseur partielle. Sur la face linguale de la dernière molaire, la texture gingivale n'autorise fréquemment qu'un lambeau muco-périosté.

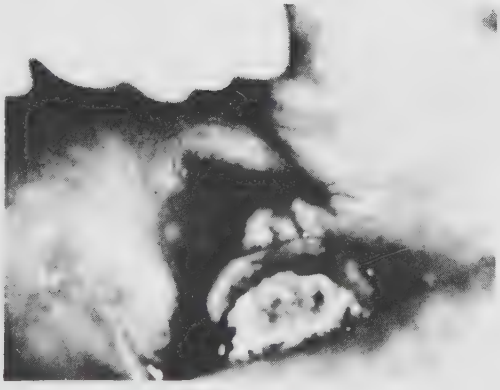
En tout état de cause le choix du type d'intervention exécuté sur les faces vestibulaires et linguales des molaires est dicté par les conditions morphologiques et l'importance des atteintes desmodontales. Ce qui revient à dire que le curetage parodontal et les différents types de lambeaux avec des incisions de hauteurs variées peuvent trouver là une application.

Deux incisions verticales intéressant les versants vestibulaires et linguaux sont pratiquées à l'origine des incisions primaires pour faciliter l'élévation des lambeaux.

Le ou les lambeaux secondaires sont excisés.

Il persiste alors sur la crête, ainsi que lors des lambeaux tubérositaires, une masse rectangulaire de tissu dont la partie antérieure représente le mur de tissu mou de la poche. Elle est réséquée jusqu'à l'os ; pour ce faire, nous employons volontiers un bistouri n° 11 de Goldman Fox.

L'accès à la poche infra-osseuse permet alors un curetage à ciel ouvert de celle-ci ainsi que la correction osseuse. Les lambeaux vestibulaire et lingual affinés



Lambeau rétro-molaire

sont en règle aisément coaptés et arrimés par des sutures continues de préférence.

Le pansement chirurgical, ainsi que les soins post-opératoires procèdent de règles valables pour la chirurgie parodontale en général.

Pour être moins délicat qu'au niveau de la tubérosité, l'accès à l'aire rétro-molaire subit une limitation imputable à la présence de la branche montante mandibulaire.

En outre, la muqueuse particulièrement libre sur les plans sous-jacents tend à se dérober surtout lorsque se réalisent les incisions de décharge. Il conviendra de veiller du côté lingual à ne pas créer de blessures vasculaires.

La cicatrisation procure une gencive fonctionnelle se situant plusieurs millimètres au-dessous de la jonction cémento-énamélique. Une hygiène rationnelle faisant appel à l'instrumentation adéquate (écouvillons, brosses "solo") permettra d'éviter le dépôt de la plaque dont l'action étiopathogénique majeure n'est plus contestée.

***

LAMBEAU REPOSITIONNE APICALEMENT

Ce procédé représente le geste de chirurgie muco-gingivale que nous sommes le plus fréquemment conduits à accomplir. Il s'adresse à une de ses indications majeures :

- les poches s'étendant au-delà de la jonction muco-gingivale

C'est au niveau des régions antérieures maxillaire et mandibulaire qu'il nous a surtout été donné d'y recourir et ceci avec une remarquable constance de résultats positifs.

Au cours de l'élaboration du plan de traitement, la confrontation des données cliniques et radiologiques le fait souvent entrevoir comme le meilleur recours.

Il va sans dire que si nous pratiquons une équilibration occlusale, une contention prothétique, voire des implantations endodontales elles n'interviennent qu'après cicatrisation de la plastie. Il peut toutefois s'avérer indispensable de supprimer auparavant des interférences engendrant des surcharges fonctionnelles localisées.

L'examen clinique nous place en présence d'une hauteur de gencive attachée réduite et l'exploration à la sonde graduée atteste de ce que le fond de certaines poches dépasse la jonction muco-gingivale.

La récession gingivale est loin de toujours refléter

l'atrophie des autres tissus parodontaux. Ce qui importe au premier chef ce sont les rapports de la marge avec la ligne muco-gingivale et l'insertion des freins ainsi que des brides.

Les modifications de la teinte gingivale sont à interpréter avec précaution. Si l'aspect violacé de la stase exprime en règle un processus pathologique, l'érythème relève quelquefois d'une étiologie purement fonctionnelle tandis qu'une pâleur peut être imputable à une hyperplasie épithéliale masquant l'inflammation sous-jacente.

Les altérations de la configuration gingivale ont plus de signification, notamment la perte de l'aspect granité de la gencive et les modifications du profil de la papille.

La situation de la marge gingivale est portée dans nos observations sur quatre diagrammes représentant respectivement les faces vestibulaires ainsi que palatines et linguales des deux arcades. Sur les schémas de la denture figurent les actes de dentisterie conservatrice ou de prothèse dont elle a fait l'objet. En cela nous nous sommes inspirés des dossiers d'observations proposés par HELD.

La mensuration des poches est un élément capital d'information. La sonde graduée non seulement doit explorer les quatre faces de chaque racine, mais il est prudent de multiplier les mensurations sur une même face lorsque les atteintes s'avèrent prononcées. Les résultats sont couchés sur les schémas du type qui a été proposé par Mme CHAPUT.

Dans le Service de Parodontologie de l'U.E.R. de Bordeaux, nous avons introduit la pratique de colorer différemment ce schéma : le vert marque les aires au niveau

desquelles le sillon gingivo-dentaire est physiologique (0 à 2 mm) ; le jaune signale les sillons allant de 2 à 4 mm ; au-delà de 4 mm le rouge attire l'attention sur les poches profondes.

Nous complétons parfois par le schéma inspiré de PETIT.

Quatroze clichés pris selon la technique long cône composent le statut radiographique.

Bien qu'en l'état actuel de la technique nous ne puissions espérer des images précises qu'au niveau des espaces inter-dentaires et inter-radiculaires nous procédons à un examen systématique prenant successivement en considération :

- l'os alvéolaire, principalement la morphologie des contours osseux, la trabéculation, les furcations

- le desmodonte, essentiellement appréciable par la configuration de la lamina dura, les rayons doivent être orientés tangentiellement à une surface radiculaire pour permettre d'obtenir une image conforme à la réalité

- les poches

- le rapport couronne clinique, racine clinique

- les débris tartriques

- l'état du péri-apex

- la qualité des points de contact et toutes manifestations d'une dentisterie restauratrice ou d'une prothèse iatrogènes.

La confrontation de ces données permet de poser l'indication du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement.

Nous attachons du prix à un signe d'une réelle valeur séméiologique : un doigt placé sur le recouvrement muco-gingival du rempart alvéolaire examiné tente de lui imprimer un discret déplacement ; si la gencive marginale est mobilisée, une solution chirurgicale s'impose. SICHER a mis l'accent sur la nécessité de la présence d'une gencive attachée.

RAISONNEMENT PRESIDANT A L'INTERVENTION DU LAMBEAU D'EPAISSEUR PARTIELLE REPOSITIONNE APICALEMENT

L'agression est perpétrée par la plaque. La gencive lui oppose plusieurs lignes de défenses.

La première ligne de défense est l'épithélium.

Congénitalement, certains épithéliums présentent des qualités très supérieures à d'autres. Selon la prédominance des types de complexes de jonction qu'ils recèlent, ils offrent une résistance variable aux différents mécanismes de dissolution mis en oeuvre par les bactéries agissant sur la substance intercellulaire et sur les cellules elles-mêmes.

La résistance de l'épithélium est en outre liée au tonus du chorion qui l'applique contre les tissus dentaires.

Une seconde et une troisième ligne de défense peuvent être schématiquement considérées comme représentées par les éléments figurés résidant au sein du chorion.

Dans un esprit d'extrême simplification il est possible de tenir le système vasculaire pour une 4ème ligne de défense. Les zones au niveau desquelles il se montre particulièrement fourni assument un rôle de transport des éléments figurés, des produits de déchets et autres.

Les fibres collagènes agglomérées en trousseaux et constituant les fibres gingivo-dentaires et les fibres transeptales jouent un rôle défensif de premier plan.

Pour que l'épithélium amorce cette migration apicale qui est une des premières manifestations de la formation d'une poche profonde, il est nécessaire que :

- les premières lignes de défense soient franchies,

- les fibres subissent une dégradation sous l'effet du processus inflammatoire.

Au niveau des espaces interproximaux, GLICKMAN a montré par des micro-photographies édifiantes combien une détérioration des fibres transeptales amenait un changement dans leur orientation et induisait la transformation d'une parodontite superficielle en parodontite complexe.

Sur le versant vestibulaire, les fibres gingivo-dentaires les plus profondes s'arrimant à la face externe du périoste doivent être considérées comme dotées d'une fonction et de possibilités défensives majeures.

Le renforcement ou la récréation de ces fibres re-

présente un des buts que poursuit l'intervention dont il est présentement question.

L'action défensive des fibres est d'ordre à la fois mécanique et biochimique.

Elles s'opposent à l'effet gravitationnel de l'infiltration.

Plus denses seront les fibres collagènes à ce niveau, moins importante sera la substance intercellulaire ; or la diffusion des toxines s'effectue moins aisément dans un tissu richement collagène. La densité vasculaire sera elle aussi réduite, amenuisant les réactions inflammatoires.

Le protocole opératoire dicte de laisser exposée une petite bande de périoste, ceci à plusieurs fins :

- Mécanique d'abord :

Le périoste assure une protection de l'os alvéolaire dont les funestes effets d'une dénudation se sont vus antérieurement soulignés.

La marge du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement sera suturée au périoste.

- Régénératrices ensuites

L'opérateur laisse volontairement une aire de périoste dénudé ; il en attend une contribution à la régénération d'une nouvelle gencive attachée. Notre expérience nous a montré qu'elle s'avérait toujours d'une adhérence et d'une fermeté en tous points excellentes.

L'incision d'épaisseur partielle est amorcée à l'aide d'une lame n° 15 par un biseau inversé tracé à 1 ou 2 mm au maximum de la marge gingivale.

Certains auteurs préconisent le curetage. Nous ne parvenons pas à nous défendre de quelque prévention à l'endroit d'un geste aveugle.

Un lambeau d'épaisseur partielle est alors disséqué. Cette manoeuvre ne laisse pas d'être délicate surtout au niveau de gencives minces.

Les lames n° 15 ne nous ayant pas toujours apporté toute satisfaction, pas plus que les bistouris de GOLDMAN Fox n° 7 à lame trop épaisse, nous faisons souvent appel à de petites lames arrondies, coudées à leur extrêmité du type BEAVER n° 66 qu'utilisent les ORL.

Les déhiscences gingivales "iatrogènes" demeurent parfois difficiles à éviter, notamment au niveau de proéminences alvéolaires recouvertes d'une muqueuse mince.

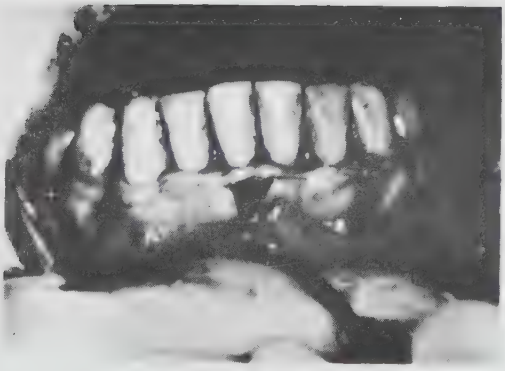
Des incisions de décharge doivent être tracées aux deux extrémités du lambeau afin d'accorder une certaine maniabilité à celui-ci.

GOLDMAN les utilise pour y introduire la lame qui amorce aisément le lambeau partiel dans la sous-muqueuse, remonte et s'emploie à poursuivre la dissection au niveau de la gencive attachée.

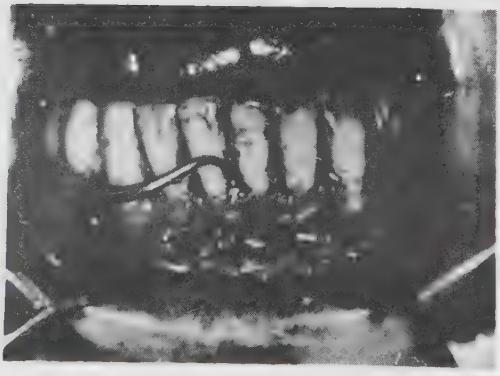
BENJAMIN fait débuter l'intervention par une incision de décharge dont le tracé se poursuit par le biseau inversé juxta marginal. Il n'effectue pas, du moins d'emblée, l'incision de décharge à l'autre extrêmité du lambeau. Puis à l'instar de GOLDMAN, il introduit dans la partie de l'incision de

Biseau inversé

Amorce du lambeau
d'épaisseur partielle



Elimination de la
marge gingivale



Curetage

Lambeau repositionné apicalement

décharge un instrument à séparer type sonde plate, destiné à mesurer les poches et amorce progressivement l'épaisseur partielle en dissociant la sous-muqueuse ; quoiqu'il en soit, parvenu à la hauteur de la gencive attachée, si l'instrument utilisé ne possède pas de pouvoir séquant, il nous paraît qu'il doive céder la place à un scalpel.

Il est alors procédé à l'éviction de la marge gingivale pathologique laissée en place par le biseau interne. Un bistouri n° 11 de GOLDMAN FOX sectionne les papilles et s'introduit sous le feston gingival par le tracé de l'incision primaire pour achever de dissocier les tissus. Un décolleur de GOLDMAN FOX n° 10 assure l'élévation, mettant à découvert le tissu de granulation.

Un curetage minutieux est entrepris avec des curettes de GOLDMAN FOX. Il s'adresse aussi au cément nécrosé. Les éléments tartriques découverts sont éliminés.

Des pinces à peau permettent de disséquer les fibres conjonctives du chorion attachées au périoste ainsi que celles qui en émanent. Le tissu résiduel ne doit plus présenter aucune mobilité et être fermement attaché aux procès alvéolaires sous-jacents.

Le repositionnement du lambeau laisse découverte une surface de périoste variable dont il ne faut pas craindre qu'elle atteigne, ou même dépasse 3 mm. Le lambeau périosté demeurant coronaire par rapport à la crête de l'os, celui-ci n'est pas exposé à subir des phénomènes de lyse.

Au début de notre pratique de cette intervention, nous éprouvions à cet égard quelques appréhensions qui sont actuellement dissipées.

Comme dans les techniques antérieurement évoquées, la marge du lambeau peut subir quelques ajustements dictés par la morphologie dentaire avoisinante ; mais, compte tenu de l'espace de périoste non recouvert qui assurera la régénération gingivale, cette adaptation revêt moins d'intérêt. Ce dernier point est d'importance car il conditionne la morphologie gingivale ultérieure, ses qualités esthétiques et surtout déflectrices.

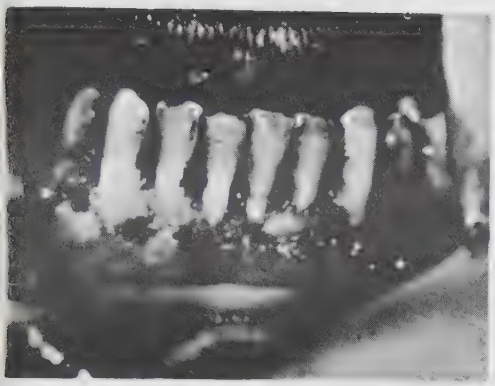
La suture est réalisée avec des soies fines 000 ou 0000.

Il s'agit là d'une étape illustrant des propos que nous avons maintes fois entendu tenir par Mme CHAPUT : "La chirurgie parodontale n'est pas difficile mais délicate".

Effectuer des sutures isolées au niveau du périoste est affaire toujours minutieuse. Cette étape se termine par quelques fils de soie placés sur les incisions de décharge.

En raison des fragiles sutures au périoste il est préférable de ne pas apposer directement le ciment chirurgical sur la plaie opératoire. Au cours du changement de ciment ou antérieurement s'il advenait qu'il se descelle prématurément, les fils de soie enrobés pourraient être arrachés et le positionnement du lambeau compromis. Une bande de TELFA (STERN en a étudié les applications) découpée et déposée sur le territoire intéressé évite cet incident. Comme l'adhésion et la rétention du ciment ne peuvent être assurées qu'au-delà du TELFA, il devient nécessaire de placer un pack plus important qu'à l'accoutumée. Une feuille de papier d'étain contribue à en favoriser la stabilité. Les patients "motivés" à cet égard s'y soumettent volontiers.

Les suites de cette intervention sont d'une remarquable simplicité, au moins sur le plan subjectif ; le plus



Périoste exposé
Sutures périostées

Telfa

Dissection du lambeau
partiel débutant par
l'incision de décharge

Lambeau repositionné apicalement

souvent les opérés ne font état d'aucune algie. Par contre, malgré la glace et l'enzymothérapie, un important oedème s'installe dans les jours qui suivent.

Au bout d'une semaine, les sutures sont déposées et un nouveau ciment inséré pour sept jours supplémentaires. C'est au COE-PAK que va notre préférence.

Les résultats éloignés nous ont permis d'apprécier d'importants gains de gencive attachée, de l'ordre de plusieurs millimètres ; le palper en confirme la fermeté et la fixité, tandis que l'exploration à la sonde atteste de la qualité de l'attache épithéliale.

***

LAMBEAU REPOSITIONNE LATERALEMENT

GRUPE et WARREN proposèrent les premiers, pour combler une récession gingivale localisée, une technique de greffe pédiculée prélevée sur un emplacement adjacent.

Ces altérations unitaires se rencontrent surtout sur les versants vestibulaires.

Elles relèvent d'étiologies diverses :

- Hygiène défectueuse,

- Version d'une dent, du côté vestibulaire en général,

- Freins ou attaches musculaires,

- Traitements orthodontiques mal conduits.

Au cours des greffes libres, une portion de tissu est prélevée à distance de la lésion et transférée dans un lit receveur où elle acquiert une nouvelle alimentation sanguine. Au contraire, le repositionnement d'un lambeau fait appel à un lambeau pédiculé ; il s'agit d'une partie de gencive attachée élevée d'une zone donneuse qui garde ses attaches avec la muqueuse environnante par une bande tissulaire constituant le pont du lambeau.

Dans une séance préliminaire, GRUPE et WARREN procédaient à un curetage soigneux de la surface radicu-

laire exposée puis préparaient la zone receveuse en pratiquant deux incisions courant le long des marges de la récession et les réunissaient à leur base par une incision horizontale.

Leur lambeau étant muco-périosté, ils avaient le souci d'explorer la corticale externe de la zone donneuse à l'aide d'un élévateur glissé sous le périoste afin de détecter d'éventuelles déhiscences ou fenestrations. Cette exploration s'avérant favorable, ils adjoignaient une petite incision de décharge à la base du lambeau muco-périosté et le réfléchissaient sur le site receveur. Suture et pansement complétaient l'intervention dont les suites étaient simples.

A la vérité, ces cas initiaux que GRUPE et WARREN eurent le grand mérite de publier se réduisaient à 3 et n'avaient pu être suivis pendant une durée suffisamment longue après l'intervention. Ils se situaient de surcroît à une époque où les processus de cicatrisation n'avaient pas fait l'objet d'études assez approfondies.

Les résultats obtenus ultérieurement, quoique intéressants, comportèrent des insuccès consécutifs principalement à la nature muco-périostée du lambeau ; au niveau de la zone donneuse on notait des résorptions ou du moins des déformations de l'os imputables à sa dénudation, tandis que la régénération gingivale marginale était inadéquate.

C'est ce qui conduisit CORN et STAFFILENO à proposer le lambeau d'épaisseur partielle.

Il est évidemment plus difficile de recliner un lambeau pédiculé d'épaisseur partielle d'un lambeau d'épaisseur totale ; cette difficulté croît avec une faible hauteur de gencive attachée au niveau de la zone donneuse.

Les risques encourus par l'opérateur sont la réalisation d'un lambeau d'épaisseur inégale et sa perforation.

Il est, par contre, plus aisé de déplacer un lambeau d'épaisseur partielle de la zone du site donneur à la zone réceptrice qu'un lambeau muco-périosté ; la présence d'une quantité moindre de collagène dense au sein du premier lui confère une "résilience" le rendant plus maniable.

Dans un récent travail, BHASKAR, CUTRIGHT, PEREZ et BEASLEY ont entrepris un parallèle entre les greffes pédiculées d'épaisseur partielle et totale sur le cobaye et l'homme ; ils concluent à la supériorité des greffes totales.

Ils notent chez le cobaye au troisième jour une résorption osseuse au niveau de la zone donneuse dans les cas de transplants partiels malgré la couverture périostée.

Pourtant au bout d'une semaine l'apposition osseuse "apparaît quelque peu plus marquée" dans les lambeaux partiels, ce qui s'inscrit en faux contre leurs conclusions.

Chez l'homme ils observent au niveau de la zone donneuse une cicatrisation plus rapide avec les greffes partielles, par contre, ils estiment qu'au niveau de la zone réceptrice la cicatrisation est plus prompte avec les greffes totales et surtout celles-ci se rétracteraient moins. Ce dernier point est en désaccord avec les notions actuellement admises, relatives à l'épaisseur des greffes libres, problème qui sera abordé ultérieurement.

Ce travail n'altère pas notre prédilection pour les lambeaux partiels.

L'intervention du lambeau d'épaisseur partielle positionné latéralement s'adresse à des récessions gingivales

étroites avec ou sans poches parodontales atteignant ou non la muqueuse. Lorsqu'un frein prend ses insertions sur la marge une frénectomie ou une frénotomie devront être envisagées.

L'intervention sera précédée d'un examen minutieux.

LA ZONE RECEVEUSE

- Position de la dent

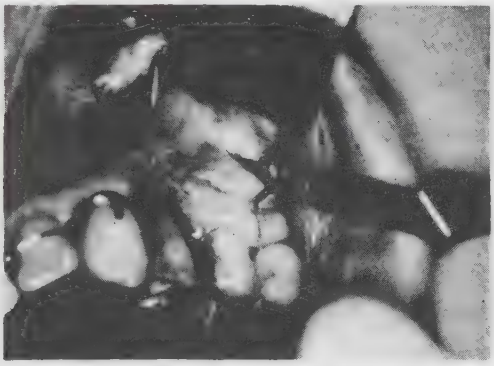
Elle revêt une grande importance ; une version peut entraîner une tension excessive sur les tissus greffés. De plus, l'alimentation sanguine tient une place majeure dans le déroulement du processus cicatriciel au niveau d'une plaie quelconque. Or, dans le cas particulier, le rôle du desmodonte ne saurait être sous estimé. L'orientation de la dent doit permettre au greffon de tirer bénéfice de cette contribution vasculaire.

Le repositionnement éventuel de la dent éliminera des facteurs de rétention alimentaire et de bourrage. Par les remaniements desmodontaux et osseux qu'il suscite il sera ainsi porté remède à la déficience alvéolaire initiale. Enfin, la dent ayant réintégré son habitacle, le tissu greffé sera exposé au minimum de stress.

Pour qu'un tel repositionnement aboutisse aux résultats sus cités il convient qu'il s'inscrive dans un nivellement et un alignement de l'environnement. Seules sont capables de le réaliser des techniques multibagues du type EDGEWISE que nous pratiquons régulièrement. REITAN a étudié et décrit, en se fondant sur une remarquable documentation histologique, les remaniements des tissus de support

Préparation de la
zone réceptrice

Préparation de la
zonne donneuse



Cut Back

Positionnement

Sutures

Lambeau positionné latéralement

qu'on en pouvait attendre.

Dans le cas où la racine émerge du logement alvéolaire, un polissage rigoureux doit l'y réinsérer, faute de quoi l'insuccès est assuré.

- Stabilité de la dent :

La mobilité prononcée constitue une contre-indication ; il sera préférable de remédier à une mobilité peu accusée par un dispositif de contention.

La stabilisation d'une dent mobile supprime les tensions s'exerçant sur les structures supportant la greffe.

- Appréciation de la destruction des tissus de soutien

Il importe que l'atteinte parodontale, mise à part la récession qui justifie l'intervention,soit discrète ; les relations entre la jonction cémento-énamélique et l'os interproximal ne doivent pas trop s'éloigner de la normale.

LA ZONE DONNEUSE

L'opérateur doit disposer d'une quantité suffisante de tissu. Des considérations sur la qualité gingivale interviennent : seule une gencive saine avec un sillon gingivo-dentaire d'une profondeur physiologique est apte à constituer un greffon pédiculé ; un léger état inflammatoire ne sera pas rédhibitoire, mais l'intervention se verra différée jusqu'à ce qu'une thérapeutique opportune ait ramené la gencive à l'état normal.

Une gencive épaisse représente un terrain plus favorable. A défaut l'intervention pourra se réaliser sur une

gencive mince, mais réclamera des précautions encore plus grandes.

Le tissu osseux sous-jacent :

La conjonction de l'examen clinique et radiographique aura apporté une présomption en faveur de la qualité du support osseux.

PREPARATION DE LA ZONE RECEPTRICE

Préalablement à l'intervention, la racine est soigneusement nettoyée puis "affranchie" selon le terme de HELD, au moyen d'instruments tranchants.

Un polissage interviendra jusqu'à obtention d'une surface rigoureusement lisse, particulièrement au niveau de la jonction cémento-énamélique. Si la racine proémine, elle subira une réduction jusqu'à ce qu'elle n'émerge plus du réceptacle osseux.

La préparation de la racine précédant la technique chirurgicale proprement dite a pour but de confiner cette dernière à une aire plus limitée en réduisant l'émergence des tissus dentaires.

A telle enseigne que dans les cas de récessions gingivales étroites, il n'est pas impossible, après ablation des dépôts, réduction de la proéminence radiculaire, élimination par un curetage de l'environnement inflammatoire, que nous puissions assister au bout de quelques temps d'une physiothérapie orale adéquate et rigoureuse, à un comblement de la récession ; la néo-gencive rampe littéralement le long d'une racine dont la qualité tissulaire a subi d'importantes modifications.

Une incision en forme de V crée au niveau de la marge des tissus mous délimitant la récession une surface avivée ; nous lui donnons la préférence à l'avivement en forme de rectangle publié par HURNI. La configuration en coin entraîne une excision moindre de tissu à la base et l'aire à recouvrir est réduite au minimum.

Lorsque la base de la dénudation est en contiguité avec un frein, celui-ci sera concerné par l'acte opératoire. Selon son importance une frenectomie, ou mieux une frénotomie seront pratiquées.

Certaines de ces récessions unitaires atteignent la muqueuse et le vestibule surtout lorsque la profondeur de celui-ci s'avère insuffisante. Le parodontiste devra alors dissocier les muscles de manière à ce que la base de la plaie affecte une pente douce.

Les tissus mous inclus à l'intérieur de l'incision en forme de V sont réséqués ainsi que le tissu de granulation sous-jacent.

PREPARATION DU TRANSPLANT

La surface des tissus donneurs doit atteindre au moins une fois et demie celle du territoire à recouvrir afin que la greffe repose sur un support de tissus mous. Le transplant sera plus large à sa base.

La première incision s'étend à la muqueuse alvéolaire.

Une seconde incision trace un feston le long de la gencive marginale ; elle intéresse le sommet papillaire et rejoint une des branches du V.

Modifiant l'orientation de la lame qui travaille pratiquement dans le plan de la corticale externe, l'opérateur procède à une dissection juxta périostée afin de réaliser un lambeau d'épaisseur partielle. Le scalpel, comme lors de la préparation du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement, opère dans un sens apico-coronaire.

Le lambeau partiel est alors dégagé et mobilisé vers la zone réceptrice. Cette manipulation doit s'effectuer avec précaution. Il n'est rencontré de difficultés qu'en cas de profondeur vestibulaire insuffisante ; la souplesse du lambeau permet, en règle, de l'adapter dans sa nouvelle situation sans exercer la moindre tension. Il doit accéder passivement à la position préalablement déterminée. Dans les cas où une tension se manifeste, une incision oblique à la base du transplant, dite "cut-back" lui assurera la mobilité nécessaire.

A l'encontre de BHASKAR, CUTRIGHT, PEREZ et BEASLEY, nous estimons avec nombre de parodontistes pratiquant la chirurgie muco-gingivale, qu'en laissant la zone donneuse tapissée de périoste et d'une mince couche de chorion, non seulement nous assurons la protection de l'os sous-jacent, nous ne nous exposons pas à découvrir des déhiscences ou des fenestrations, mais nous permettons au manchon épithélio-conjonctif de se régénérer à sa hauteur primitive.

POSITIONNEMENT DU TRANSPLANT

Le bord marginal du lambeau,dont l'épithélium du sillon gingivo-dentaire doit avoir été ménagé,s'applique sur l'émail, entre le plus grand contour coronaire rétentif et la jonction cémento-énamélique.

Les bords latéraux reposent sur le conjonctif avivé au cours de la préparation du site receveur.

Une soie 000 ou mieux 0000 permet de circonscrire le transplant d'une suture continue. Au niveau de l'incision "cut back" seront placées des sutures individuelles. Pour éviter un glissement apical du lambeau, il est utile de recourir à une suture en fronde contournant la dent intéressée.

Lorsque le transplant a été positionné sur la partie réceptrice, une pression discrète est exercée à l'aide d'une compresse imprégnée de sérum physiologique tiédi afin d'en parfaire l'adaptation. Cette manoeuvre a pour but de réduire au minimum l'extravasation entre lambeau et dent. La pression est indispensable pour éliminer tout espace mort entre dent et transplant et limiter les risques d'hématome.

Le ciment chirurgical est d'abord placé sur la zone donneuse, puis poussé avec délicatesse vers le transplant positionné au niveau duquel sa pose s'effectue dans la direction apex couronne. Aucune pression excessive ne doit être exercée et le volume du pack est réduit afin de limiter ses possibilités de déplacement qui compromettraient l'adaptation de la greffe. Il sera remplacé tous les huit ou dix jours pendant un mois.

Le patient se verra recommandé d'éviter toutes tractions sur les lèvres.

GOLDMAN préconise des mesures de physio-therapie orale comportant de légers massages effectués dans la direction coronaire à l'aide d'une compresse, et des brossages selon une méthode dérivée de celle de STILLMAN, avec une brosse douce, en évitant pendant un certain temps d'intro-

duire les soies dans le sillon gingivo-dentaire.

Toute plastie gingivale est vaine si le patient n'observe l'hygiène bucco-dentaire stricte qui limitera l'apposition des dépôts post-éruptifs exogènes dont MUHLEMANN et SCHROEDER ont proposé une classification.

ACELLULAIRES	Cuticule dentaire Exogène	Non colorée	
		Colorée	
CELLULAIRES	Non calcifiés	Plaque dentaire	
		Materia alba	
	Calcifiés	Calculs supra-gingivaux	
		Calculs sous-gingivaux	

DEBRIS ALIMENTAIRES

***

LAMBEAU BI-PAPILLAIRE OU DOUBLE LAMBEAU PAPILLAIRE REPOSITIONNE

Le lambeau latéralement positionné nécessite le prélèvement au niveau de la zone donneuse d'une surface de gencive plus importante que celle du déficit à traiter.

En pratique cela n'est pas toujours réalisable, l'aire gingivale disponible n'offrant pas la surface nécessaire.

Pour remédier à cette situation, il a été imaginé de faire appel à deux transplants prélevés au niveau des deux territoires contigus à la récession : cette intervention a été dénommée par COHEN "le double lambeau papillaire repositionné" et le protocole en a été précisé par COHEN et ROSS.

INDICATIONS

- Récession localisée de la gencive vestibulaire avec intégrité des papilles interdentaires jouxtant le territoire atteint. Les objectifs de la plastie seront à la fois fonctionnels et cosmétiques.

- Hyperesthésie : les surfaces radiculaires et cervicales étant recouvertes, elle disparaît.

AVANTAGES DU PROCEDE DU DOUBLE LAMBEAU PAPILLAIRE SUR CELUI DU LAMBEAU POSITIONNE LATERALEMENT

1°/ Le prélèvement du transplant s'effectue au niveau du procès alvéolaire interdentaire ; la cicatrisation s'y déroule de façon plus satisfaisante et les risques de préjudice après exposition chirurgicale sont moindres que sur les corticales situées en regard de racines.

2°/ L'exposition du périoste de chacune des zones donneuses est réduite au minimum.

3°/ La tension à exercer sur les deux lambeaux pour les repositionner est moindre que lorsque la rotation est imposée à un seul.

4°/ Il existe davantage de hauteur et d'épaisseur gingivale au niveau des espaces interdentaires ; les deux transplants remonteront avec plus de facilité au niveau cervical requis et auront moins de tendance à la nécrose.

5°/ Au cours du repositionnement du lambeau, une partie de gencive attachée était élevée d'une zone donneuse et gardait ses attaches avec la muqueuse environnante par un pont tissulaire constituant le pont du lambeau. Dans le double lambeau papillaire ce sont deux ponts tissulaires par lesquels sera assurée la vascularisation.

LA PREPARATION DE LA ZONE RECEPTRICE

constitue une phase essentielle du traitement.

Elle comporte les mêmes étapes et se propose les mêmes objectifs que ceux développés dans le précédent chapître.

A l'aide d'une lame n° 15 une incision en V contourne les berges de la récession. Le tissu à l'intérieur de l'incision est éliminé créant une surface saine et avivée.

PREPARATION DE LA ZONE DONNEUSE

Deux incisions verticales s'amorcent au niveau de la partie distale des papilles proximales. Elles s'étendent à la muqueuse alvéolaire et sont orientées obliquement en sorte que la configuration des transplants soit plus large à sa base qu'à sa partie marginale.

Une incision mésio-distale est effectuée à l'extrêmité des papilles interdentaires.

L'opérateur modifie l'orientation de la lame et l'introduit horizontalement dans la sous-muqueuse ; elle exerce son action parallèlement au procès alvéolaire et dans un sens apico-coronaire, créant un lambeau d'épaisseur partielle.

Le même procédé est appliqué des deux côtés de la surface dénudée de la racine.

POSITIONNEMENT DES LAMBEAUX

Les deux lambeaux d'épaisseur partielle sont alors mobilisables et une tentative de positionnement au niveau de la zone réceptrice est entreprise.

Lambeau bi-papillaire

Si la moindre tension se manifeste, les incisions verticales sont étendues en arrière (cut back) dans la direction vers laquelle la greffe doit subir le glissement.

Les deux greffes sont suturées ensemble sur la ligne mésiale avec du fil 0000 ou mieux 000000 en commençant par la base. Une fois la coaptation terminée, la greffe est positionnée, sa marge se situant entre le contour coronaire rétentif et la jonction cémento-énamélique.

Une suture suspensive en fronde avec un fil 0000 s'oppose à tout mouvement apical du lambeau. Pour une intervention au niveau de l'arcade mandibulaire l'aiguille transfixe dans la direction bucco-linguale une papille sur laquelle un noeud est placé. Le fil contourne la surface linguale ; il importe de le laisser lâche afin de permettre la réalisation du temps ultérieur. L'aiguille transfixe alors l'autre papille dans le sens linguo-vestibulaire, le fil est retourné vers la partie linguale et lié. Cette technique permet d'obtenir une suture suspensive ne s'interposant pas entre la greffe et la dent.

Un ciment chirurgical est mis en place.

Les suites opératoires sont minimes.

Au bout d'une semaine le pansement est déposé, les sutures enlevées. Un nouveau pack assurera une protection pendant une semaine supplémentaire, ou deux.

Des instructions de physiothérapie orale sont données au patient.

Dans le but d'améliorer les résultats, KRAMER et

KOHN ont proposé pour minimiser les risques de désunion du lambeau au milieu de la surface radiculaire d'exciser une partie de l'épithélium des papilles afin d'affronter des surfaces conjonctives.

Le lambeau d'épaisseur partielle apporte au chirurgien la possibilité d'élargir les applications de ce procédé. Face à des besoins accrus, l'opérateur peut augmenter la dimension de chacun des composants du lambeau en y incluant un territoire plus important de gencive attachée et de muqueuse puisque le périoste laissé en place assure une protection qu'il nous a déjà été donné de souligner. Ainsi, le double lambeau papillaire trouve-t-il, en dehors des récessions isolées, des applications nombreuses combiné à d'autres procédés de plastie gingivale poursuivant un objectif fonctionnel plus vaste.

***

LES GREFFES PEDICULEES DES ZONES EDENTEES

Une zone édentée même si elle comporte une surface de gencive attachée réduite et avoisine un vestibule peu profond est susceptible grâce à la maniabilité des tissus qu'autorisent les actuelles techniques de chirurgie muco-gingivale de représenter une zone donneuse ; des greffes pédiculées destinées à des zones réceptrices voisines pourront y être prélevées.

Cela implique des greffes constituées pour une part parfois modeste de gencive comportant un épithélium kératinisé et une dense lamina propria tandis que la base se réfléchissant dans le rideau jugal est constituée d'un mince épithélium non kératinisé, d'une lamina propria elle aussi peu épaisse et d'une importante couche sous muqueuse.

Il s'agit d'un lambeau d'épaisseur partielle, disséqué depuis le faite de l'aire édentée et possédant une large base susceptible de pourvoir à sa vascularisation.

Le protocole opératoire s'inspire dans une large mesure des procédés que nous venons de décrire et le succès en est subordonné aux mêmes impératifs d'aseptie, d'hémostase et d'immobilisation.

En présence d'une récession gingivale et d'une poche infra-osseuse intéressant une molaire dont l'aire mésiale est édentée la technique proposée par GOLDMAN peut être schématisée comme suit :

PREPARATION DE LA ZONE DONNEUSE

A l'aide d'une lame n° 15, une incision est tracée sur la crête, le scalpel pénétrant le chorion dans un sens corono-apical et créant un lambeau d'épaisseur partielle. Cette incision va au-delà de la jonction muco-gingivale.

Deux incisions verticales divergentes à partir de la crête vont donner à la greffe une large base. La largeur marginale de la greffe doit au moins égaler, ou mieux être supérieure, à celle du territoire justiciable de la réparation.

Ainsi que dans l'intervention du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement, l'opérateur modifie l'orientation de la lame qu'il introduit dans le sous muqueuse par les incisions verticales ; il effectue alors une dissection dans un sens apico-coronaire, parallèlement au plan de la corticale externe.

Une incision "cut back" orientée dans la direction vers laquelle le pédicule devra être déplacé lui assure la maniabilité nécessaire.

PREPARATION DE LA ZONE RECEPTRICE

En regard de la poche infra-osseuse, l'exérèse d'un coin de tissu est effectuée toujours par un lambeau partiel. Tant que l'importance de l'ostéo-plastie à réaliser n'est pas arrêtée, il importe de ne pas dénuder l'os. Un petit lambeau partiel distal est à son tour élevé ; il est destiné à subir ultérieurement un repositionnement apical.

L'excision d'un coin gingivo-muqueux en regard de

la poche infra-osseuse ainsi que l'élévation d'un lambeau distal permettent une exploration précise de la lésion osseuse dictant l'importance de l'ostéo-plastie à réaliser.

La greffe pédiculée et le lambeau repositionné apicalement sont placés en sorte que leur bord libre se situe au niveau de la nouvelle marge osseuse.

Ils sont affrontés, suturés avec de la soie 0000.

Des sutures fixent la greffe pédiculée au périoste tandis que le lambeau distal s'attache à la gencive distale.

Un pansement chirurgical assure la protection.

Au bout de huit à dix jours il est déposé ainsi que les sutures, puis renouvelé. Il sera bon de maintenir le territoire opéré sous pack durant trois à quatre semaines.

***

GREFFES GINGIVALES LIBRES

La notion d'épaisseur du lambeau y intervient tant au niveau des zones donneuses que réceptrices. La clinique aussi bien que l'expérimentation, extrapolant d'ailleurs en cela des notions classiques pour la chirurgie plastique cutanée, ont montré que seuls les greffons d'épaisseur réduite devaient être retenus, à telle enseigne que de nombreux travaux parmi lesquels figurent ceux de SNYDER et de REES et BRASHER sont consacrée à l'étude d'une technique permettant l'obtention de fins greffons palatins ; quant à la préparation de la zone réceptrice, la majorité des auteurs marque une préférence pour le "lambeau d'épaisseur partielle".

INDICATIONS DES GREFFES AUTOGENES LIBRES

Elles sont représentées par :

- des altérations de la configuration :

  * gingivale
  * et vestibulaire

Gencive : Il s'agit essentiellement des récessions gingivales unitaires entraînant des dénudations radiculaires mentionnées dans les précédents chapitres.

Selon leur profondeur et leur largeur, le pronostic

s'avère plus ou moins favorable ; il est en effet dans une large mesure fonction des pôles de vascularisation. Une classification à cet égard est proposée :

* profondes) et larges
* peu profondes)

* profondes) et étroites
* peu profondes)

Interviennent moins fréquemment :

- les insuffisances de gencive attachée

- une gencive attachée trop mince

- les poches atteignant la muqueuse alvéolaire

- accessoirement les problèmes posés par des freins s'étendant à la gencive marginale.

Les greffes gingivales permettent à la fois, de refouler les freins plus apicalement, d'accroître la vitesse d'épithélialisation de la plaie tout en augmentant la hauteur de gencive attachée.

Ces indications gingivales ne vont pas sans soulever les plus expresses réserves dont s'est récemment fait l'écho LUCCHINI.

Nous inclinons à penser qu'une technique rigoureuse jointe à une large expérience de ce procédé doit permettre d'obtenir des résultats très satisfaisants.

La gencive attachée est adaptée aux besoins fonctionnels à l'inverse de la fine et délicate muqueuse alvéolaire. Une greffe gingivale peut apporter un gain de gencive attachée rendant les zones intéressées aptes à supporter les forces physiologiques de la mastication.

Vestibule : Les approfondissements vestibulaires sont une bonne indication, notamment lorsqu'on souhaite prévenir un bourrage alimentaire contre une marge gingivale ou pour faciliter la préparation de crêtes à des fins prothétiques.

***

TECHNIQUE

PREPARATION DE LA ZONE RECEPTRICE

Dans le cas de récessions gingivales deux incisions sont dirigées vers le vestibule ; elles divergent dans le dessein de créer une surface de revascularisation la plus étendue possible.

Une incision d'épaisseur partielle est réalisée à l'orée de la ligne muco-gingivale.

La muqueuse alvéolaire est réfléchie. Il est le plus souvent nécessaire de poursuivre la dissection au dessous de l'attache des fibres musculaires.

Le lit receveur constitué des couches profondes du chorion recouvrant le périoste subit une préparation attentive. A l'aide d'une pince à peau tout le tissu conjonctif lâche est excisé ; la greffe doit reposer sur une base ferme et immobile.

Certains auteurs tels que SNYDER fenestrent le périoste.

Le périoste mis à nu est recouvert de compresses imprégnées de sérum physiologique chaud sur lesquelles l'opérateur exerce une légère pression afin de réduire le suintement capillaire . Une bonne hémostase est indispensable ; les hématomes développés sous les greffes en sont la principale cause d'échec.

LA ZONE DONNEUSE

Elle doit comporter un épithélium kératinisé recouvrant une épaisse lamina propria ; en raison de son accessibilité et de son irrigation, la voûte palatine est habituellement choisie en regard des prémolaires.

Les problèmes de vascularisation dominant, il importe de ne pas prélever des greffons au niveau desquels une structure originelle ou un remaniement entraveraient ou inhiberaient la prolifération capillaire, à savoir des tissus recélant trop d'éléments graisseux ou siège d'un processus soit inflammatoire, soit fibreux.

La forme du greffon est dictée par celle de la zone réceptrice. Un patron en étain est préparé sur le lit receveur.

L'épaisseur du greffon découle d'un certain nombre de considérations relatives à :

- son degré de contraction,

- la célérité de l'établissement d'une circulation suffisante,

- sa résistance ultérieure.

Plus un greffon est épais, plus le contingent de fibres élastiques qui y résident est important. Elles pourront entraîner des contractions primaires susceptibles de gêner la vascularisation.

Au cours de la cicatrisation, un greffon trop épais subit une contraction secondaire préjudiciable.

Les greffes minces bénéficient plus vite d'une revascularisation. Celle-ci est rapidement indispensable à la lamina propria, tandis que l'épithélium est plus facilement entretenu par diffusion.

La résistance ultérieure aux traumatismes fonctionnels ou engendrés par la physiothérapie orale est meilleure de la part d'un greffon d'une certaine épaisseur.

PRELEVEMENT DU GREFFON

Le patron d'étain reporté sur le site choisi donne des limites du prélèvement à effectuer. Celui-ci surtout dans des voûtes ogivales ne laisse pas d'être délicat. Le scalpel passe à travers le tissu conjonctif, parallèlement au périoste.

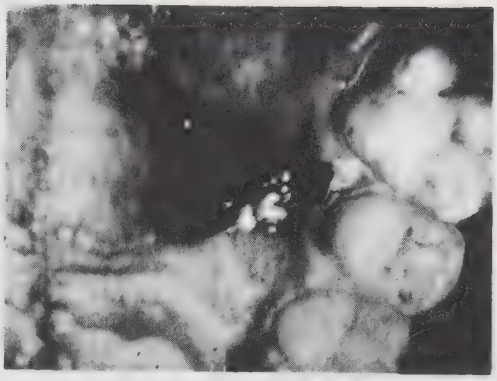
NABERS préconisait la désépithélialisation de la partie correspondant au sillon gingivo -dentaire.

SNYDER, ainsi que REES et BRUSHER ont proposé une technique simplifiée d'obtention de greffons d'épaisseur partielle.

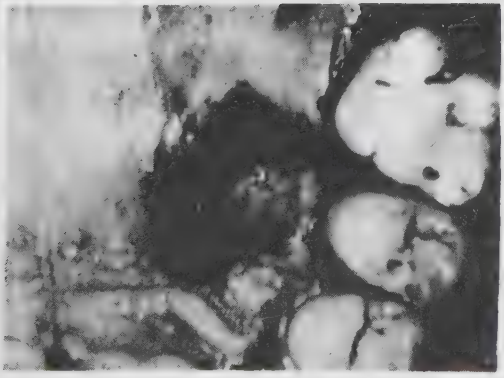
L'instrumentation est une modification de celle décrite par UOHARA et FEDERBUSH pour l' ablation des hyperplasies papillaires. Il s'agit d'un porte lame en acier inoxydable. Une lame de rasoir est taillée à une largeur d'environ 3 mm, incurvée et insérée dans les rainures du dispositif ; par une torsion de l'extrêmité le manchon serre et la fixe. La partie séquante forme ainsi une sorte d'anse de 1 cm x 1 cm. L'appareil est stérilisable.

Il est possible, grâce à cette instrumentation

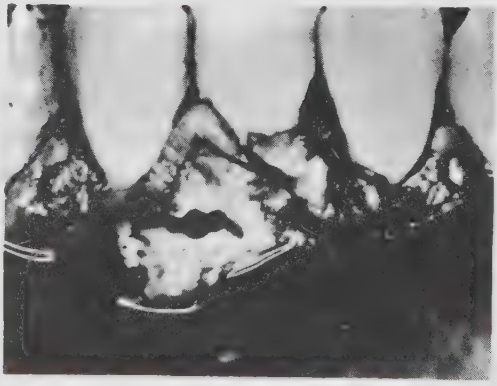
Préparation de la
zonne réceptrice



Patron en étain



Zone donneuse



Greffon suturé

Greffe gingivale libre

d'avoir accès à la plupart des régions de la cavité buccale.

L'incision pour prélever un lambeau tissulaire est effectuée en plaçant le tranchant de telle sorte qu'il décrive un certain angle avec la partie distale du tissu donneur. Elle est amenée depuis la partie postérieure du palais dur, sans faire usage d'un patron.

A la fin de l'incision, le greffon reste généralement dans la portion concave de la lame lorsque celle-ci est retirée de la cavité buccale.

L'épaisseur du greffon est déterminée par la pression qu'exerce l'opérateur. Cette instrumentation rend possible selon les auteurs l'obtention de greffons d'épaisseur partielle, uniforme, dont la rétraction sera minimale.

Le greffon est alors amené sur la zone réceptrice. Il est nécessaire de réduire au minimum le temps libre entre le prélèvement et le repositionnement. Toutes manipulations doivent être effectuées avec délicatesse. La plupart des opérateurs usent de pinces. BENJAMIN, avant de détacher complètement le greffon, met en place deux fils de soie pour réaliser le prélèvement sans traumatisme ; ils lui permettront d'effectuer deux premières ligatures lorsque le greffon sera déposé sur son lit tandis que deux autres sutures plus serrées en assureront ultérieurement la fixité.

Il est indispensable, dès le positionnement du greffon, d'exercer une discrète pression pendant trois minutes avec une gaze imprégnée de sérum physiologique chaud ; un contact étroit doit être établi entre la surface sectionnée de la greffe et le lit receveur pour permettre la formation de fibrine, empêcher le développement d'un caillot et afin que les néo-capillaires puissent se développer depuis le périoste dans le greffon sans avoir à franchir d'espace.

Le positionnement du greffon doit être tel que la partie marginale se situe comme pour les greffes pédiculées un peu au-dessus de la jonction cémento-énamélique, tandis que le bord vestibulaire est légèrement enfoui dans l'incision d'épaisseur partielle dont la berge muqueuse se rabattra sur lui, transposition à la chirurgie muco-gingivale du précepte lapidaire énoncé par GINESTET pour les greffes osseuses : "un bon lit, une bonne couverture".

La plupart des auteurs immobilisent le greffon par des sutures de soie 00000 placées à chaque pôle d'abord, complétées par des sutures intermédiaires.

En matière de pansement, toute compression risquant de compromettre la revascularisation, SNYDER préconise une protection réalisée à l'aide d'une petite feuille d'étain dont le côté brillant reposera sur la greffe. BRACKETT et GARGIULO recouvrent avec le pansement périodontal d'ORBAN. BRESSMAN et CHASENS déposent d'abord une pièce de digue de caoutchouc stérile qui non seulement protègera le greffon mais le maintiendra en étroit contact avec les tissus sous-jacents et la dent.

Plutôt qu'un pack il est suffisant et plus simple de placer sur la zone donneuse de l'Orahésive. Ce produit n'est pas encore commercialisé en France.

Il se présente sous forme de plaques d'épaisseur de 0,5 à 3 mm.

La plaque est recouverte sur la face destinée à adhérer à la muqueuse d'une mince couche de papier qu'on retire avant l'emploi et sur l'autre face d'un film polyéthylène.

Elle est constituée de carboxyméthyl cellulose de sodium, de polysobutilène, de gélatine et de pectine.

Ces composants sont doués de propriétés hydrophiles faisant adhérer le produit à la muqueuse. Au palais la tenue est bonne. Les substances composantes se diluent progressivement et le pansement se dissout dans la salive laissant un film de polyéthylène.

BHASKAR et FRISCH, ainsi qu'EWEN ont proposé de remplacer les pansements sur la greffe par des adhésifs tissulaires qui sont de surcroît des agents hémostatiques et bactériostatiques très bien tolérés par les tissus : les cyanocrylates.

Il s'agit d'un monomère de cyanocrylate stabilisé par l'anhydride sulfureux.

C'est un liquide qui se polymérise très rapidement lorsque son stabilisateur, l'anhydride sulfureux disparaît par évaporation.

Le produit polymérisé adhère aux tissus vivants.

L'emploi que nous en avons fait se limite à notre expérimentation sur le renard. Les résultats ne s'avèrent pas très satisfaisants.

Le pansement est déposé au bout d'une semaine, les sutures sont enlevées, un nouveau pack confectionné pour une 2ème semaine. A ce moment l'opérateur peut apprécier ci l'intervention se couronne de succès. En fait dès la première dépose du pansement il est possible de noter si des phénomènes nécrotiques se développent.

Une rigoureuse aseptie doit présider à ces interven-

tions. La cavité buccale en dépit de sa riche vascularisation et de l'immunité locale de ses tissus envers la flore bactérienne autochtone doit être prémunie contre la pénétration de micro-organismes extérieurs.

Une couverture antibiotique s'impose à laquelle s'adjoint l'habituel cortège de prescriptions médicamenteuses.

Le mécanisme présidant à la "prise" des greffes libres a donné lieu à de multiples recherches auxquelles ont contribué GARGIULO et ARROCHA, NABERS, OLIVER, LAC et KARRING, SULLIVAN et ATKINS.

BRACKETT et GARGIULO ont procédé à des recherches sur l'homme. La zone réceptrice était préparée chirurgicalement. Sept patients subissaient une intervention et des prélèvements effectués 48 heures, 8, 17, 23, 49 jours et six mois après.

Les examens histologiques attestèrent de l'acceptation biologique de la greffe et de son incorporation complète par les tissus environnants. Au début s'installe une circulation plasmatique entre la greffe et l'hôte suivie d'une invasion capillaire. Au bout de huit jours un délicat attachement conjonctif s'est établi et à 17 jours l'incorporation fonctionnelle est réalisée.

48 heures après l'intervention de nombreuses cellules inflammatoires sont présentes, la fibrine est abondante, l'épithélium s'amincit, sans doute sous l'action de l'ischémie, le périoste est oedématié, une importante activité ostéoclastique se déploie au sein du parodonte.

Au bout de quatre jours apparaît un important contingent de boucles capillaires assurant la liaison entre la greffe et le lit.

A huit jours les boucles capillaires prédominent, l'activité ostéoclastique se manifeste toujours, les fibres du tissu conjonctif observent une orientation parallèle à l'os alvéolaire.

Le 17ème jour voit une augmentation d'épaisseur de l'épithélium, la cessation de l'activité ostéoclastique et au contraire une néo-formation osseuse.

Le 23ème jour n'apporte pas d'observations particulières.

Au 49ème jour l'épithélium a acquis une maturation complète, le desmodonte et l'os alvéolaire sont normaux.

Enfin six mois après l'intervention la seule différence avec une gencive normale est l'orientation des fibres du tissu conjonctif parallèle à la surface de l'os alvéolaire.

Une récente étude de JANSON, RUBEN, KRAMER, BLOOM et TURNER apporte des informations précises sur le développement de la vascularisation dans les autogreffes gingivales libres d'épaisseur partielle.

Leur expérimentation était effectuée sur des chiens subissant des injections intra-artérielles d'un colorant diffusible le Patent-blue V ainsi que de suspension de noir de carbone afin de révéler l'hydratation des tissus par transsudation vasculaire et pour assurer le repérage des vaisseaux.

Leurs recherches ont montré que la revascularisation des autogreffes libres gingivales chez le chien s'effectuait en deux phases.

La première s'étend de l'intervention au début du

développement vasculaire, la seconde se prolonge jusqu'à ce que la vascularisation soit capable d'apporter une nutrition aux tissus greffés.

Pendant les deux premiers jours consécutifs à l'intervention la greffe survit grâce à une diffusion fluide émanant des vaisseaux du lit de périoste. Ceci est prouvé par la présence de colorant bleu dans le stroma.

HUEBSCHER et GOLDMAN avaient les premiers émis la théorie de la circulation plasmatique sans pour autant l'expliquer.

CONVERSE et HYNES soutinrent l'idée que l'aspect oedématié du greffon pendant les premiers jours suivant l'intervention objectivait l'absence de circulation réelle entre celui-ci et le périoste. Le fluide s'y accumulait jusqu'à ce qu'il soit éliminé par les néo-vaisseaux.

Cette hypothèse s'est trouvée vérifiée par le travail de JANSON et de ses collaborateurs.

La pâleur des greffons au moment de leur application est particulièrement prononcée. Elle s'accentue par ischémie au 2ème jour. Cette coloration est due au fait qu'ils ne contiennent pas de cellules sanguines au moment de la transplantation.

Le changement de couleur signe le retour de la circulation réelle. La nutrition cellulaire est promptement remplacée par un système vasculaire.

Au 3ème jour le noir de carbone injecté dans les carotides est décelable dans les vaisseaux du greffon. La taille et la continuité des vaisseaux colorés indiquent qu'une anastomose précoce s'établit entre les vaisseaux du chorion

gingival et ceux qui préexistaient dans le greffon ; le desmodonte peut être considéré comme une des principales sources de la revascularisation lorsqu'il fait partie du lit de la plaie .

Dans l'établissement de ces ponts vasculaires, ce qui reste à démontrer c'est si ce sont les vaisseaux du pont qui pénètrent le greffon pour former sa vascularisation ou si les vaisseaux régénérés s'anastomosent avec les vaisseaux préexistants du greffon.

La revascularisation des autogreffes libres gingivales s'établit donc dans les dix premiers jours qui suivent l'intervention.

Initialement la nutrition et l'hydratation du greffon sont assurées par une transsudation de fluide et de métabolites émanant du chorion gingival, de la gencive adjacente et de la muqueuse alvéolaire. L'identification de vaisseaux provenant du desmodonte atteste de la participation de celui-ci.

JANSON et ses collaborateurs dégagent de ces résultats des implications cliniques dont nous avions dans leurs grandes lignes une connaissance empirique :

Les greffes doivent être minces et étroitement unies au lit de tissu conjonctif. La présence d'un espace excessif, "mort" entre le greffon et la zone réceptrice est susceptible d'amener le développement d'une couche de matériaux hémorragiques ou parfois exsudatifs qui peut limiter l'hydratation et la nutrition initiales du tissu greffé. Cette couche est capable d'entraîner un délai dans la revascularisation du greffon, se traduisant par sa nécrose partielle ou totale.

***

EXPERIMENTATION

Dans le dessein d'étudier le comportement des tissus après une intervention de chirurgie muco-gingivale, nous avons pratiqué sur le renard des lambeaux d'épaisseur partielle repositionnés apicalement.

La gencive attachée des canidés est bien individualisée, séparée de la muqueuse par une ligne muco-gingivale nettement tracée ; elle offre dans une certaine mesure des analogies avec les conditions morphologiques rencontrées chez l'homme.

PROTOCOLE OPERATOIRE

Anesthésie initiale par inhalation d'éther.

Nembutal intraveineux : 1 cc

Antibiothérapie.

Les interventions sont pratiquées au niveau de l'arcade mandibulaire.

Des études anatomo-pathologiques ont été réalisées 8 heures, 4 jours, 7 jours, 11 jours et 14 jours après l'intervention.

Une incision en biseau inversé est tracée à 1 ou 2 mm de la marge gingivale.

Deux incisions de décharge divergentes franchissent la ligne muco-gingivale et intéressent la muqueuse.

La dissection d'épaisseur partielle est effectuée selon un des procédés antérieurement décrits ; une lame n° 15 orientée parallèlement à la corticale externe s'introduit au niveau de l'extrêmité muqueuse d'une incision de décharge, clive d'abord la sous-muqueuse puis progressant dans un sens apico-coronaire dissocie ensuite le chorion en évitant d'atteindre le périoste.

Nous nous proposons uniquement d'étudier les phénomènes biologiques se déroulant sur la corticale externe et non ceux concernant la marge ainsi que l'attache épithéliales. Nous examinons en effet des parodontes sains dont la marge gingivale présente un état sensiblement éloigné de celle constituant le mur de tissu mou des poches supra-osseuses chez les sujets atteints de parodontolyses.

Le lambeau primaire est repositionné apicalement et suturé au périoste. Des sutures complémentaires affrontent les berges des incisions de décharge.

Ainsi se trouve dénudée une aire de périoste de 2 à 3 mm tapissée des couches profondes du chorion.

Au début nous avons tenté de placer un COE-PAK que nous recouvrions d'une mince couche de résine autopolymérisante selon la technique employée par BERTOLINI. Malgré cette précaution, il n'existait plus de pansement quelques heures plus tard. Nous avons alors fait appel aux cyanocrylates sans que les résultats aient emporté notre conviction.

Les pièces fixées 48 heures au Bouin sont plongées dans un bain de R.D.O. pendant 3 jours, fixées à nouveau durant 24 h et déshydratées. Elles sont ensuite incluses dans la paraffine, coupées et colorées au trichrome de Masson.

L'expérimentation entreprise nous place en face d'une plaie opératoire comportant deux parties distinctes qui vont évoluer vers la guérison par des voies quelque peu différentes.

La zone proche du vestibule, recouverte d'un lambeau primaire suturé, cicatrisera par première intention ; la région juxta dentaire dénudée demeurant à ciel ouvert sera le siège d'une régénération.

RESULTATS

8 Heures après l'intervention

Les processus de cicatrisation demeurant immuables dans leur ligne générale, un liquide plasmatique a inondé la plaie et infiltre les tissus avoisinants. Nous le savons riche en albumine, en globuline ainsi que doté d'un pouvoir antibactérien et antitoxique élevé.

Le sang extravasé a coagulé en même temps que les exsudats sero-fibrineux ; l'ensemble assure une action de colmatage des espaces cellulaires.

A la hauteur du lambeau primaire repositionné, le sang s'étale en nappes entre les couches profondes du chorion et la lamina propria.

Un conglomérat de fibrine, de leucocytes polynucléaires, d'hématies et de débris cellulaires tapisse le

territoire exposé.

Nous ne rencontrons pratiquement pas d'ectasies capillaires ni de population cellulaire inflammatoire. Celle-ci serait certainement décelée chez un sujet atteint de Parodontolyse, le biseau inversé étant tracé dans le mur de tissu mou de la poche.

Le périoste offre une apparence normale bien qu'il soit difficile chez le renard d'en discerner aussi nettement que chez l'homme les différentes couches constitutives.

Quant à l'os alvéolaire, sa structure n'est nullement altérée.

4ème jour après l'intervention

Un second phénomène réactionnel s'est adjoint à l'exsudation liquidienne : la diapédèse.

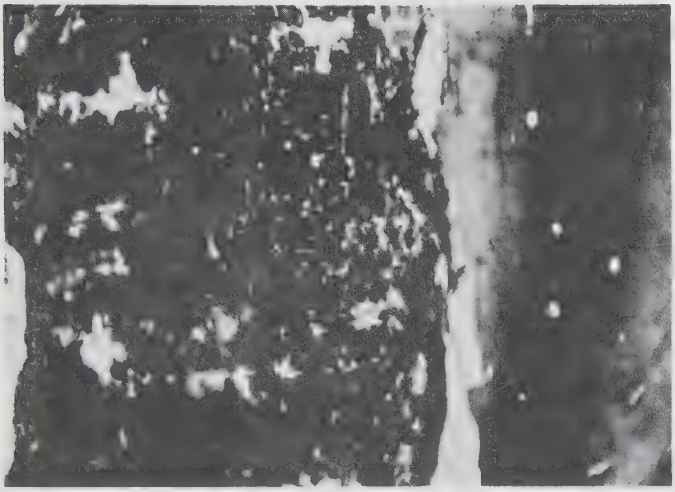
Des leucocytes principalement, des lymphocytes et de grands mononucléaires ont envahi les espaces extracellulaires.

La présence leucocytaire déclenche deux processus :

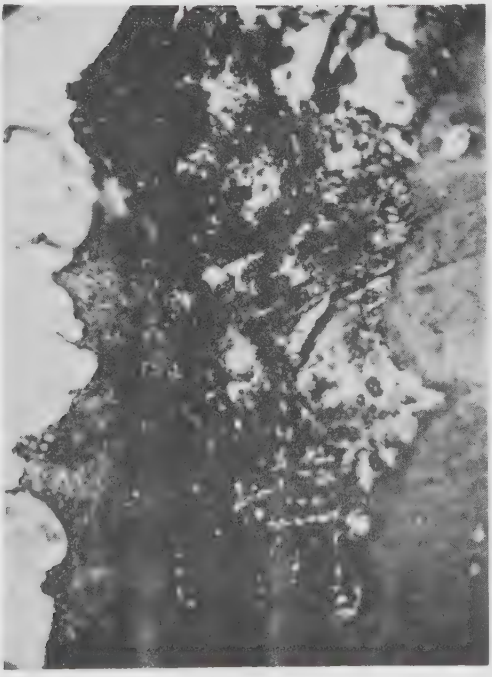
- la phagocytose,
- la protéolyse qui est l'oeuvre de la sécrétion enzymatique des leucocytes.

Cette activité protéolytique jointe à l'afflux de sérosité permet l'accomplissement de la phase de détersion.

La surface de l'aire dénudée est recouverte d'un



8ème heure



4 ème jour

enduit séro-fibrineux au sein duquel résident, ainsi que dans le conjonctif sous-jacent des cellules inflammatoires, des micro-organismes et des débris cellulaires enrobés de fibrine. Les prémices de la réépithélialisation apparaissent sous forme d'une nappe pluristratifiée qui tend à recouvrir le blastème conjonctif.

La phase de réparation est amorcée.

De délicates couches cellulaires épithéliales entreprennent de migrer à partir du pourtour de l'aire dénudée, tout en demeurant en continuité avec l'épithélium.

Ce phénomène amiboïde de glissement procède d'un mécanisme mal élucidé. Il est classiquement admis que lorsque le blastème conjonctif atteint le niveau des berges d'une plaie il se développe d'abord une mince couche cellulaire épithéliale qui connaît successivement une phase de multiplication des cellules basales, puis une phase de différenciation et de maturation. GILLMAN soutient une conception différente. Le coagulum fibrineux ne jouerait aucun rôle dans l'édification du blastème ; la prolifération épithéliale serait le phénomène initial.

Les cellules épithéliales possèdent vis à vis de la "croûte" superficielle des propriétés lytiques dont la preuve a été apportée par GRILLO et GROSS.

Nous assistons à l'édification du blastème conjonctif, le tissu de granulation. Le coagulum fibrineux est colonisé par des histiocytes mobiles venant des tissus voisins et du sang. Des fibroblastes et des néo-capillaires apparaissent.

Sous le tissu de granulation, des trousseaux de fi-

bres se disposent anarchiquement.

Aucune trace de remaniement ne modifie la structure de la corticale. Les rangées d'ostéoplastes lenticulaires concentriques au canal dessinent des systèmes Haversiens normaux. Nous ne retrouvons pas l'extension inflammatoire au périoste et à l'os mentionnée par STAFFILENO, LEVY et GARGIULO.

7 jours après l'intervention

Le recouvrement épithélial se précise.

La détersion est accomplie.

Au cours de la dissection des fibrilles, des cellules et des vaisseaux avaient été détruits. Tous les éléments touchés subissent l'action du processus de protéolyse indispensable au déroulement de la reconstruction.

Les déchets situés sous la zone suturée ne voient s'ouvrir à eux qu'une voie d'élimination, la résorption susceptible de ne s'effectuer que lentement et entretenant un léger état inflammatoire.

Nous nous sommes toutefois employés au cours de cette expérimentation à permettre aux processus histologiques de nettoyage de trouver des conditions favorables pour s'exercer en réduisant au minimum nécroses, hématomes ainsi que le développement de l'infection.

Nous avons tracé des incisions aussi franches et linéaires que possible, exercé une compression pour faciliter l'hémostase et instauré une antibiothérapie.

Au niveau de l'aire dénudée l'élimination s'effectuant directement par issue à l'extérieur, la régénération se déroulera dans des conditions particulièrement favorables.

Des fibres conjonctives jeunes prolifèrent émanant vraisemblablement pour la plupart de la surface périostée. Elles sont disposées en tourbillons. Les fibres collagènes matures affectent elles aussi une orientation perturbée. L'édification fibreuse crée des connexions suffisamment robustes entre les lambeaux pour que les sutures puissent être déposées.

Plus tôt, l'armature n'étant pas encore constituée, une agglutination dépourvue de résistance unissait le lambeau aux couches profondes du chorion.

Le 5ème jour la résistance a été estimée pour le revêtement cutané à 30 % de la normale ; elle passe à 50 % les 5ème et 6ème jour alors que dans les 4 premiers jours ("lag time" de Carrel) la plaie demeure inerte et ses dimensions auraient plutôt tendance à s'accroître sous l'effet des tractions exercées par l'environnement.

La phase de stabilisation s'amorce.

C'est une période de modelage.

Elle est marquée par une cessation de croissance du tissu de granulation, une diminution de la densité cellulaire, un épaississement et une densification des fibres collagènes.

Le périoste et l'os ne présentent toujours pas de modifications dignes d'être mentionnées.

10ème jour après l'intervention

La ligne d'incision est occupée par un tissu conjonctif jeune.

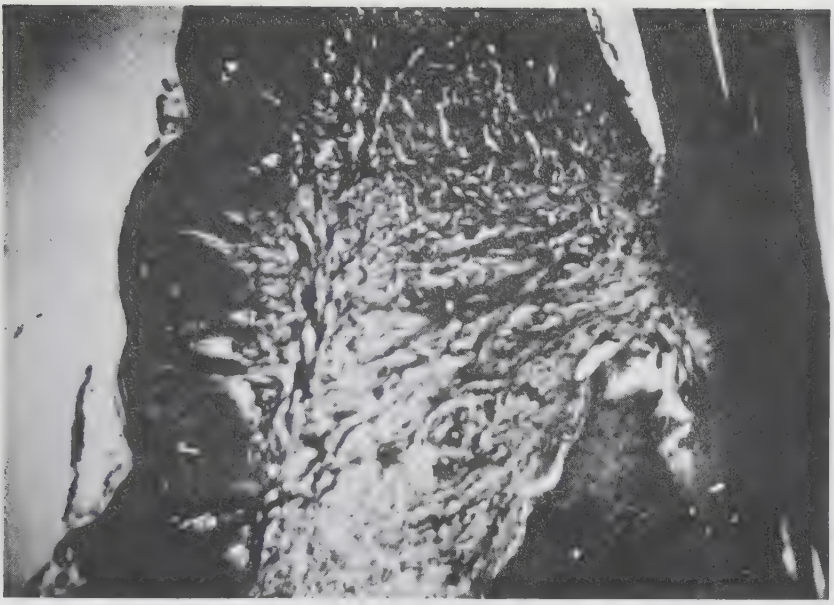
Les fibres conjonctives affectent une disposition parallèle à la corticale externe et impriment une orientation identique à de nombreux fibrocytes. Une nette activité cellulaire se manifeste le long de la gaine périostée. Elle reflète la fibrogenèse dans une zone jouxtant la lamina propria ainsi qu'une activité ostéogène au niveau d'une nappe osseuse le long de laquelle les ostéoblastes s'alignent en ordre épithélioïde.

L'épithélium regénéré se distingue de celui recouvrant le lambeau par des strates cellulaires moins nombreuses, bien que la couche basale soit pluristratifiée, et des crêtes épithéliales moins accusées. Il adopte une coloration uniforme, attestant de l'absence de maturation cornée.

Le chorion où se remarquent de jeunes fibres collagènes et de la réticuline sans orientation recèle de très fines fentes vasculaires. Ses couches profondes s'amarrent solidement en s'intriquant à la surface de la corticale. Cette dernière, légèrement hypominéralisée affecte une disposition lamellaire. On n'y retrouve pas les systèmes Haversiens d'un os mature. Son relief tourmenté dessine des anfractuosités au fond desquelles s'arriment des fibres collagènes. L'os remanié semble adopter une disposition fonctionnelle orientée vers une fixation accrue de la nouvelle gencive attachée en cours d'élaboration.

14ème jour après l'intervention

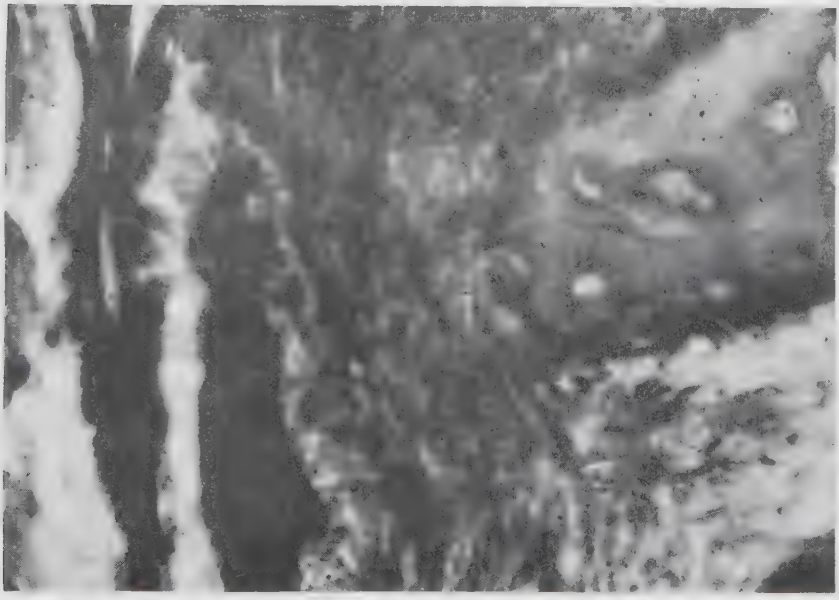
L'épithélium confirme sa regénération.



10ème jour
gencive libre n'ayant
pas été excisée

10ème jour
Régénération de l'épithélium
et du chorion

14ème jour



14ème jour
Intrication entre corticale externe et fibres conjonctives.
Présence d'ostéoblastes

On y identifie une couche basale et une couche épineuse.

Le collagène jeune élaboré depuis l'intervention et celui qui préexistait se distinguent aisément.

La majorité des fibres s'orientent parallèlement à la corticale externe. On discerne encore les traces d'un discret oedème et de pigments d'hémoglobine en voie de résorption. Les éléments cellulaires sont pratiquement inexistants.

De nombreux ostéoblastes attestent d'une ostéogenèse manifeste au long d'une plage osseuse remaniée, hypominéralisée dans laquelle ne se remarque aucun système Haversien caractéristique ; la surface en affecte un dessin accidenté, en fjords au fond desquelles se retrouvent les implantations de fibres collagènes.

***

Au cours du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement il nous est donné d'assister au déroulement synchrone de deux phénomènes :

- sous le lambeau primaire c'est une cicatrisation qui se développe

- au niveau du territoire dénudé nous nous trouvons en présence d'une régénération comportant l'ensemble des processus aptes à instaurer une nouvelle gencive attachée.

Une conception finaliste des phénomènes biologiques préside à la dénudation juxta périostée en chirurgie muco-gingivale.

Nous recherchons une regénération tissulaire complexe ; il s'agit d'un tissu gingival comportant plusieurs constituants qui devront être adaptés et modelés les uns aux autres pour édifier une nouvelle gencive attachée.

Notre expérimentation se proposait d'abord d'étudier l'édification du blastème de regénération à laquelle concourent des processus de cytogenèse et d'histogenèse, et son recouvrement par la prolifération d'un film épithélial, puis l'épaississement épithélial et la densification du conjonctif néo-formé intervenant au cours du modelage.

Notre recherche s'assignait principalement d'apprécier dans quelle mesure un lambeau d'épaisseur partielle disséqué dans lamina propria et ménageant les couches profondes du chorion ainsi que la gaine périostée était susceptible de ne pas porter atteinte au tissu osseux.

Nous n'avons pas retrouvé l'activité ostéoclastique signalée par WILDERMAN ainsi que STAFFILENO, LEVY et GARGIULO entre le 4ème et le 8ème jour, ceci quel que soit le type d'intervention entrepris.

Aucune résorption de la surface osseuse ne nous est apparue.

Nous avons par contre noté les manifestations d'une ostéogenèse au 10ème jour en regard du territoire dénudé.

Il convient de souligner qu'au cours de cette recherche volontairement limitée à la corticale externe et ne concer-

nant pas la marge ni le sillon gingivo-dentaire, nous n'abordons qu'une partie du problème soulevé par la clinique ; dans l'intervention du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement c'est à une regénération intéressant toute la sertissure gingivo-dentaire que nous tendons et l'expérience prouve que ce but est atteint. Néanmoins, puisque dans les cas de parodontolyse une partie de la dissection se déroule en territoire inflammatoire, il n'est pas surprenant qu'elle suscite une certaine activité ostéoclastique.

Ce travail nous confirme par contre la qualité de la regénération gingivale consécutive à sa densité en collagène et à son arrimage osseux qui contribuent à conférer à la néogencive une grande valeur fonctionnelle.

***

OBSERVATIONS

47 des 90 observations ci-après dont nous faisons état sont relatives à des patients que nous avons opérés dans le cadre du Service de Parodontologie de l'U.E.R. Odonto-Stomatologique de Bordeaux. Les autres relèvent du secteur privé.

Chacune des 7 observations suivantes correspond à un des procédés évoqué antérieurement, hormis les greffes pédiculées des zones édentées.

Un tableau chronologique des lambeaux d'épaisseur partielle que nous avons réalisés et sur lesquels nous possédons une documentation a ensuite été dressé.

***

I - LAMBEAU PALATIN D'EPAISSEUR PARTIELLE REPOSITIONNE

Madame B... Germaine (U.E.R.)
59 ans, sans profession.

ETAT GENERAL

- troubles circulatoires : varices
- troubles nerveux légers : nervosité
- troubles allergiques : urticaire

ETAT LOCAL

- symptomatologie apparue en 1969, s'exprimant par des hémorragies spontanées au brossage et une sensibilité des collets ; il y a des mobilités dentaires anormales, des extrusions dentaires. La patiente éprouve des difficultés à mastiquer, se plaint de rétentions alimentaires

- la parodontolyse a déjà provoqué la perte de plusieurs dents

- on ne relève pas d'habitudes vicieuses ; aucun traitement orthodontique antérieur.

- la prédisposition à la carie est prononcée ; l'alimentation est mixte.

- l'hygiène est satisfaisante.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Examen radiographique : présence d'atrophies verticales, pratiquement au niveau de toutes les dents

DIAGNOSTIC

- Parodontite profonde diffuse.

PLAN DE TRAITEMENT

- avulsion de D1 et G1
- dépose de la couronne d7
- lambeaux d'épaisseur totale dans le secteur molaire inférieur droit

- lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement dans le secteur incisivo-canin inférieur

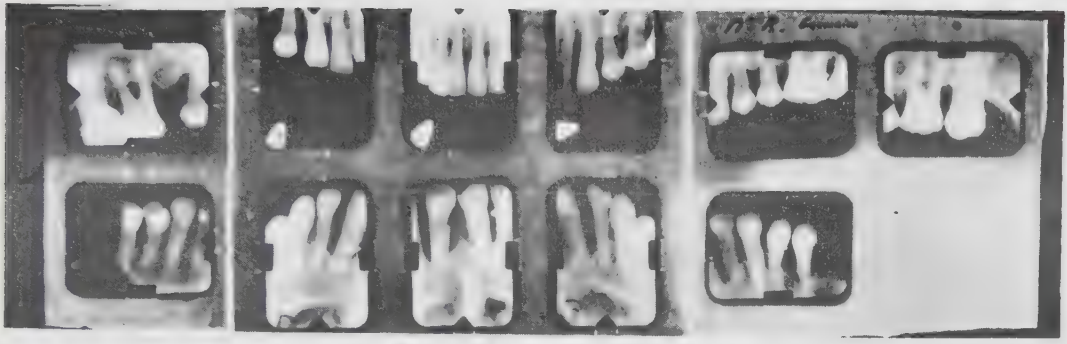
- lambeau palatin d'épaisseur partielle au niveau du secteur supérieur gauche.

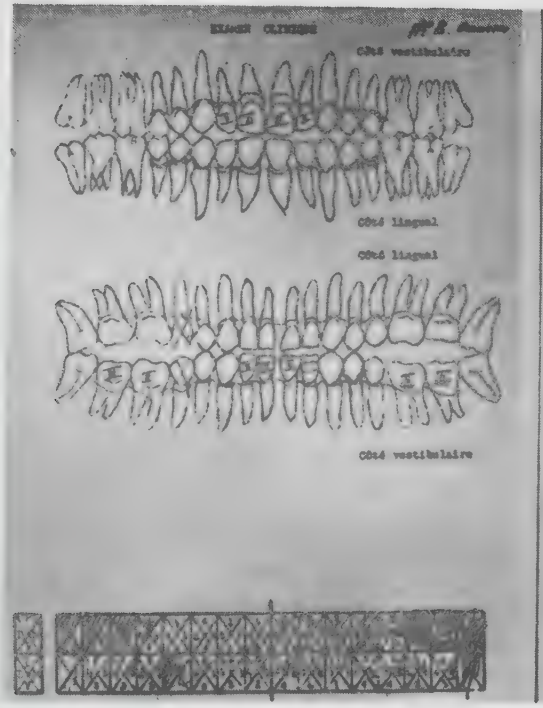
TRAITEMENT EFFECTUE

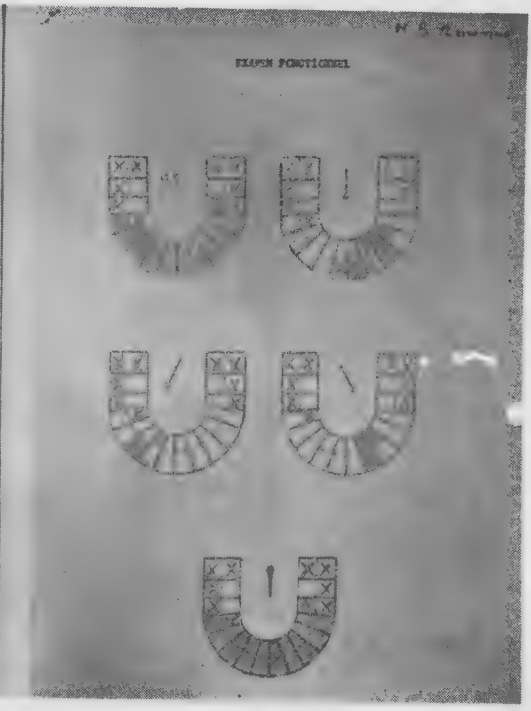
- 25.5.71 : Lambeau palatin d'épaisseur partielle au niveau du secteur supérieur gauche, en même temps qu'un lambeau d'épaisseur partielle repositionné sur le versant vestibulaire.

- 8.6.71 : Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement.

***




EXAMEN CLINIQUE
Côté vestibulaire
Côté lingual
Côté lingual
Côté vestibulaire


EXAMEN FONCTIONNEL

II - LAMBEAU DE TUBEROSITE

Madame G... Geneviève (U.E.R.)
58 ans, femme de ménage.
Parodontite profonde.

ETAT GENERAL

- troubles circulatoires
- léger nervosisme : sommeil agité
- la patiente a présenté des dysménorrhées
- troubles de l'appareil locomoteur : rhumatismes.

ETAT BUCCAL

- faible prédisposition à la carie
- alimentation mixte
- hygiène buccale insuffisante
- materia alba au collet réapparaissant peu après le brossage
- il n'y a pas d'hémorragies spontanées au brossage, de suppuration. Mais, on note une mobilité dentaire anormale, des extrusions dentaires. Il existe des antécédents d'abcès gingivaux ainsi que de gingivites.
- pas d'habitudes vicieuses, de traitements orthodontiques antérieurs
- la parodontolyse n'a encore jamais fait l'objet d'un traitement.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Examen radiographique : atrophie horizontale géné-

ralisée avec quelques atrophies verticales.

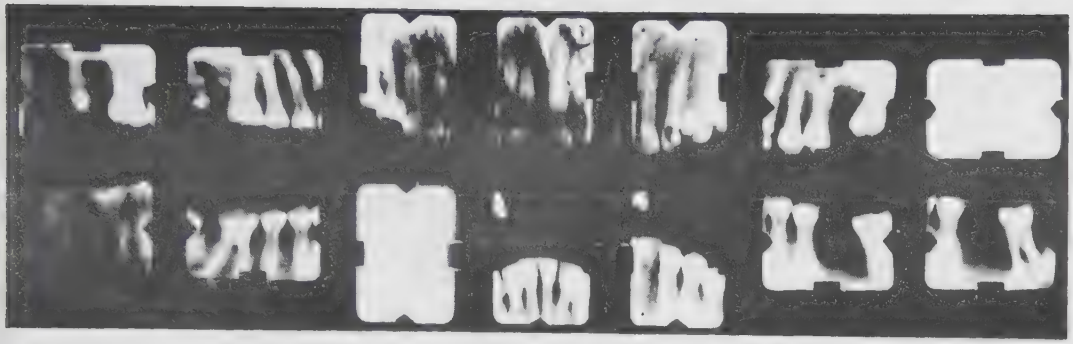
DIAGNOSTIC

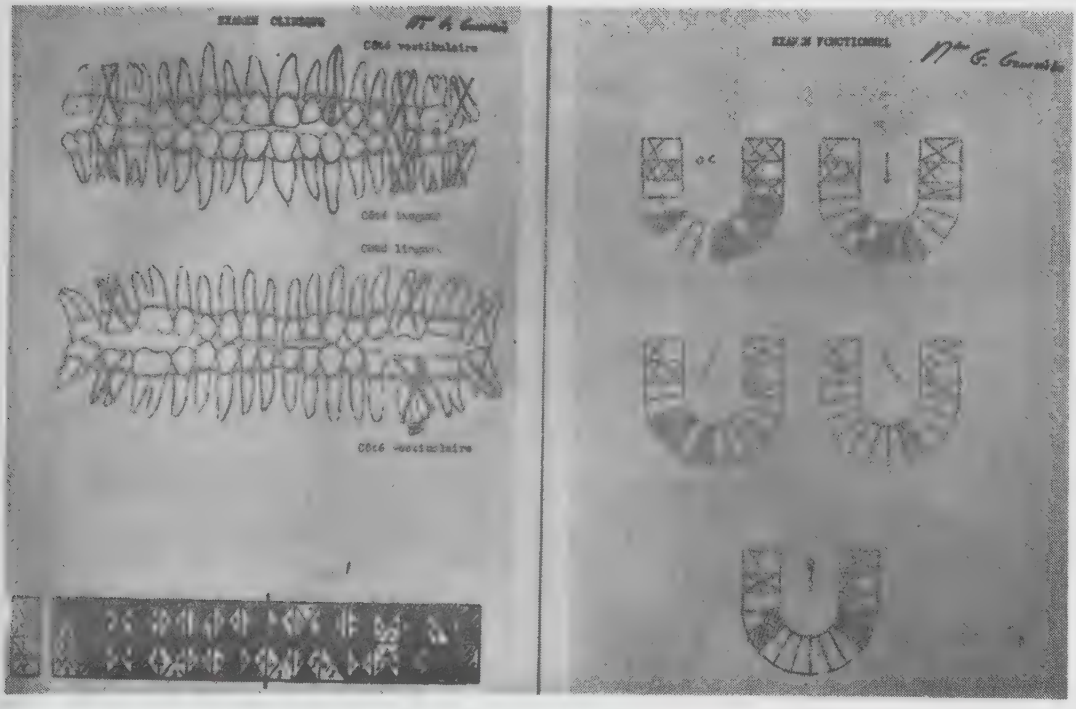
- Parodontite superficielle généralisée avec quelques secteurs atteints de parodontite profonde.

TRAITEMENT

- 4.6.71 : Curetage secteur incisivo-canin
- 7.6.71 : Lambeau de la tubérosité gauche
- 22.6.71 : Curetage secteurs latéraux droits
- 25.6.71 : Curetage secteurs latéraux gauches.

***




EXAMEN CLINIQUE
EXAMEN FONCTIONNEL

III - LAMBEAU RETRO-MOLAIRE

Monsieur B... Jacques (U.E.R.)
43 ans.

ETAT GENERAL

R.A.S.

ETAT BUCCAL

- signes apparus en 1967
- pas d'hémorragies spontanées, de suppuration, ni de sensibilité des collets, mais présence de mobilités anormales (bloc incisif inférieur surtout). Pas d'abcès, pas de dents perdues par parodontolyse
- pas d'habitudes vicieuses, de traitements orthodontiques antérieurs
- la prédisposition à la carie est forte (maxillaire inférieur surtout)
- alimentation mixte
- hygiène insuffisante.

ETAT FONCTIONNEL

- Il existe une endognathie supérieure et des contacts dentaires prématurés (au niveau de d4 en particulier). L'examen montre une anomalie du

chemin de fermeture, avec latérodéviation à droite.

DIAGNOSTIC

- Parodontite profonde avancée.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Examen radiographique : atrophie verticale généralisée.

PLAN DE TRAITEMENT

- Lambeau palatin d'épaisseur partielle
- Lambeau molaire inférieur droit d'épaisseur partielle

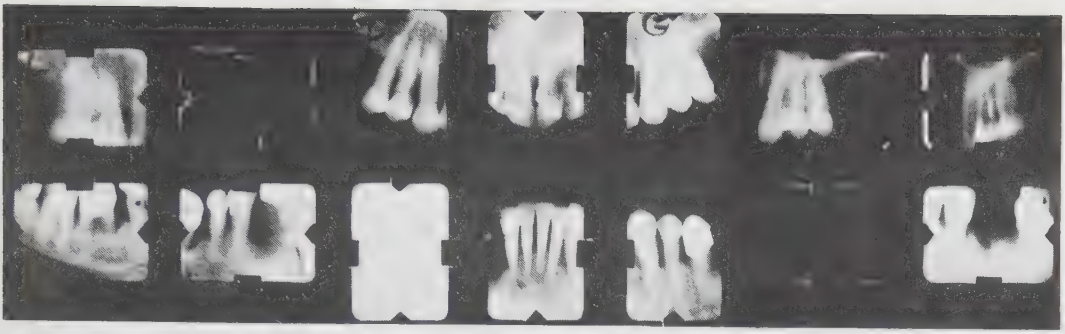
- Lambeau rétro-molaire inférieur gauche d'épaisseur partielle

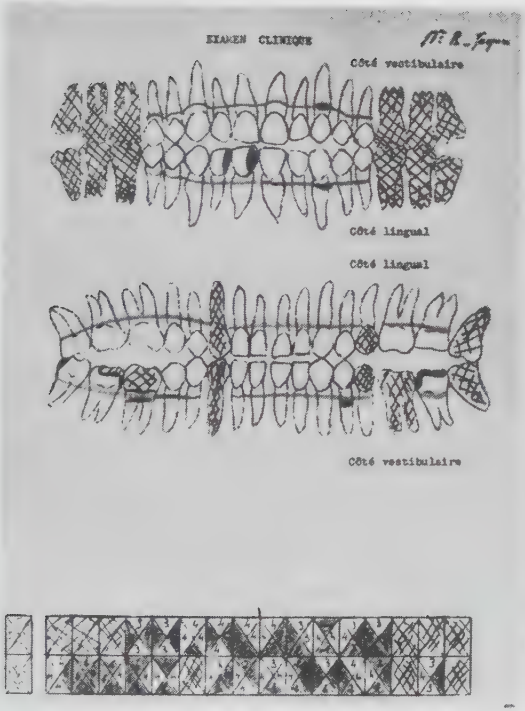
- Lambeau vestibulaire d'épaisseur partielle avec repositionnement apical (3⌐| à |⌐5).

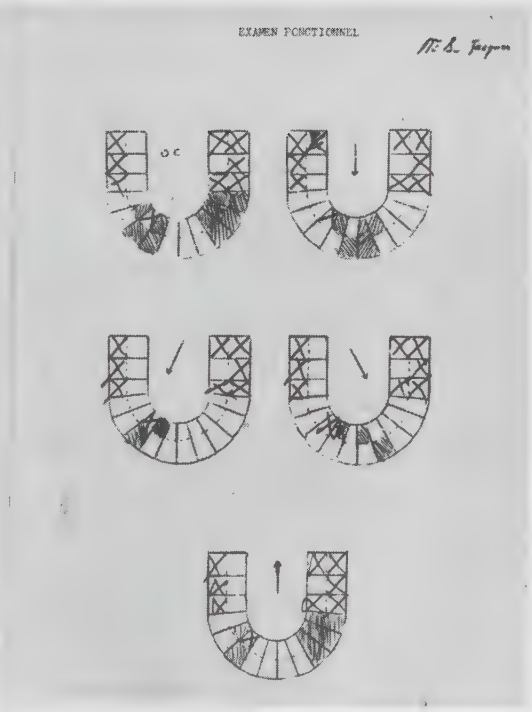
TRAITEMENT

- 7.7.71 : Lambeau rétro-molaire inférieur d'épaisseur partielle.

***




EXAMEN CLINIQUE
Côté vestibulaire
Côté lingual
Côté lingual
Côté vestibulaire


EXAMEN FONCTIONNEL

IV - LAMBEAU D'EPAISSEUR PARTIELLE REPOSITIONNE APICALEMENT

Madame B... C, née le 30.3.1932.

HISTOIRE DE LA MALADIE

La malade présentait des gingivorragies spontanées et des hyperesthésies cervicales, des rétentions alimentaires ainsi que des poussées de gingivite.

A l'occasion d'un abcès serpigineux ayant entraîné une parulie vestibulaire à l'apex de D1, son praticien a porté le diagnostic de réaction apicale et l'a adressée à notre consultation.

Il s'agissait d'une poche supra-osseuse très profonde (8 mm) n'entraînant pourtant qu'une mobilité II.

La discrétion des symptômes gingivaux contrastant avec les lésions sous-jacentes a contribué à faire errer le diagnostic.

ANTECEDENTS HEREDITAIRES

Mère atteinte de parodontolyse.

ETAT GENERAL

- Troubles digestifs : constipation chronique
- Allergies alimentaires (coquillages)
- Système nerveux :

Eréthisme
Insomnie (absorption de Valium tous les soirs)
Spasmophilie discrète : Chvostek légèrement positif, quelques crampes.

EXAMEN LOCAL

- Prédisposition faible à la carie
- Hygiène orale déficiente, halitose

Une motivation poussée a été entreprise pour l'application d'une physiothérapie orale.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'examen radiographique montre une très sévère atrophie verticale au niveau de D1.

Ailleurs, il y a des images de parodontite superficielle.

Examen hématologique :

TS : Epreuve de DUKE : 4 m
TC : Sang veineux en tubes : 10 m
Hémogramme : numération globulaire et plaquettaire
Globules Rouges : 4.100.000
Hématocrite : 40 %
Taux d'hémoglobine : 12,30 g - 87 %
Valeur globulaire : 0,94
Leucocytes : 8.300
Formule leucocytaire :

Polynucléaires :	54 %
. neutrophiles :	50 %
. éosinophiles :	4 %
. basophiles :	0 %
Mononucléaires :	46 %
. Lymphocytes :	43 %
. Monocytes :	3 %

Groupe Sanguin A négatif
Taux de Prothrombine : 66 %

TRAITEMENT

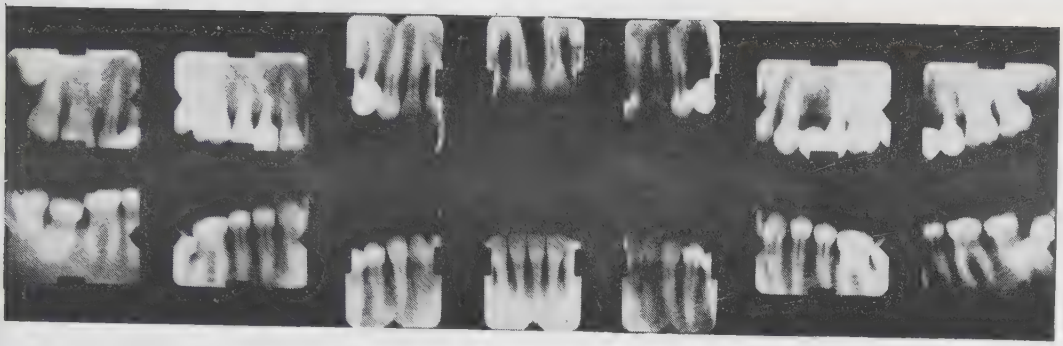
- 25.3.71 : 321|123 vestibule : lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement
Palais : lambeau d'épaisseur partielle
Ostéoplastie au niveau de D1.

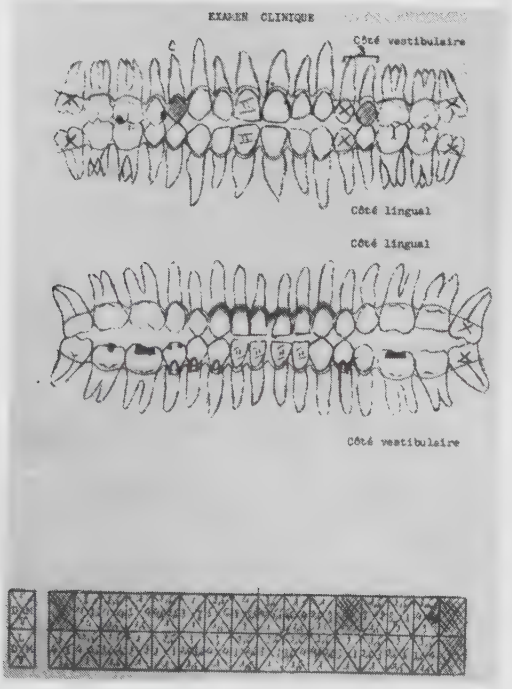
- 28.4.71 : |4567 vestibule : lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement
en regard de g6. Ailleurs gingivectomies.
Versant lingual : gingivectomie.

- 16.7.71 : Les 4 secteurs restants sont opérés au cours d'une séance en milieu hospitalier sous Palfium et anesthésie locale.
7654| vestibule : lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement.
Palais : lambeau d'épaisseur partielle.
L'intervention révèle des cratères outrepassant les renseignements apportés par la clinique et la radio.
|4567 vestibule : lambeau d'épaisseur

partielle repositionné apicalement.
Palais : lambeau d'épaisseur partielle.
$\overline{7654321|123}$: gingivectomie
avulsion de d8.

***




EXAMEN CLINIQUE
Côté vestibulaire
Côté lingual
Côté lingual
Côté vestibulaire

V - LAMBEAU REPOSITIONNE LATERALEMENT

Mademoiselle O... Marie-Jeanne (U.E.R.)
25 ans, étudiante.

ETAT GENERAL

R.A.S.

ETAT LOCAL

- prédisposition moyenne à la carie
- alimentation mixte
- hygiène insuffisante
- troubles parodontaux apparus en Mai 1968, sans hémorragies ou suppuration. Les collets sont sensibles, les dents ont une mobilité anormale, des migrations dentaires se manifestent. La patiente se plaint de rétentions alimentaires, de difficultés à mastiquer, surtout à l'incision. Des dépôts mucineux apparaissent aux collets peu après le brossage. Il n'y a pas d'abcès, mais un antécédent de gingivite en Mai 1969. Aucun traitement orthodontique n'a été institué : position anormale de la lèvre inférieure à la phonation. L'examen montre un frein médian inférieur s'insérant sur la marge gingivale de $\overline{1|1}$ et y exerçant des tractions.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Examen radiographique : très sévères atrophies verticales prédominant aux secteurs latéraux gauches, au groupe incisivo-canin inférieur, et au niveau de G2.

- examen sanguin :
  TC = 5 mn Calcium sanguin = 95 mg
  TS = 3 mn Phosphore " = 40,5 mg
  Taux de Prothrombine : 100 %.

DIAGNOSTIC

- parodontite juvénile

PLAN DE TRAITEMENT

- détartrage et ligatures de contention
- soins endodontiques de g2
- lambeau d'épaisseur partielle avec repositionnement apical au niveau du secteur latéral supérieur gauche

- lambeau mandibulaire secteur latéral gauche (dénudation radiculaire de 6 à 7 mm)

- lambeau repositionné latéralement au niveau de G4

- double lambeau papillaire au niveau de D2

- curetage du secteur molaire inférieur droit.

TRAITEMENT

- mai 70 : détartrage, ligature de contention au niveau du bloc incisivo-canin inférieur

- 22.6.70 : curetage de G4 et g7
- 15.11.70 : ligature de contention au niveau du bloc incisivo-canin supérieur

- 15.1.71 : lambeau d'épaisseur partielle avec repositionnement apical au niveau du secteur latéral supérieur gauche

Examen anatomo-pathologique (région molaire supérieure gauche)

- épithélium : aux deux bouts du fragment acanthose et kératose, avec esquisse d'un str. granulosum

et
- chorion : infiltrats inflammatoires très importants, avec exocytose
- attache épithéliale

- au milieu du fragment : épithélium quasi normal sans infiltration inflammatoire, sauf sous l'attache épithéliale.

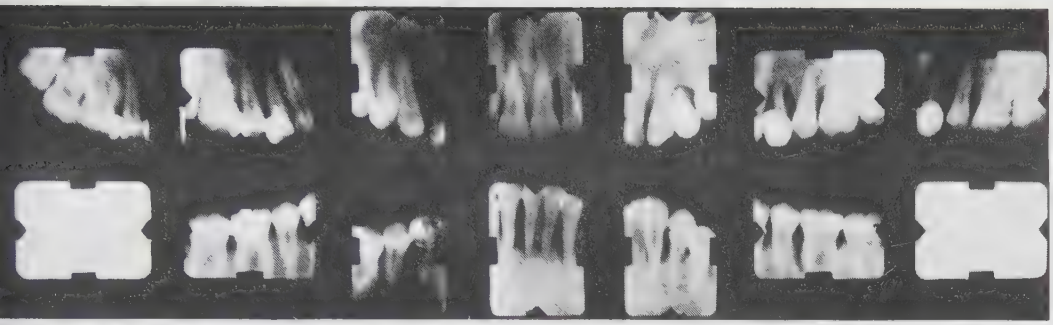
- 15.3.71 : lambeau d'épaisseur partielle avec repositionnement apical au niveau du secteur mandibulaire latéral gauche.

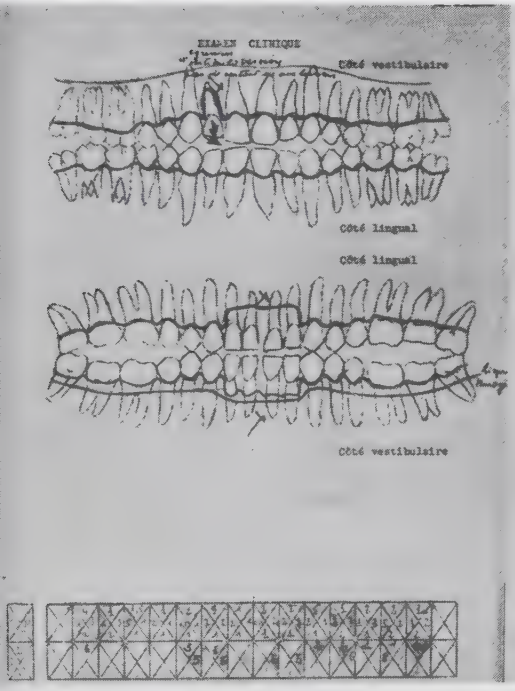
- 26.4.71 : lambeau repositionné latéralement au niveau de G4

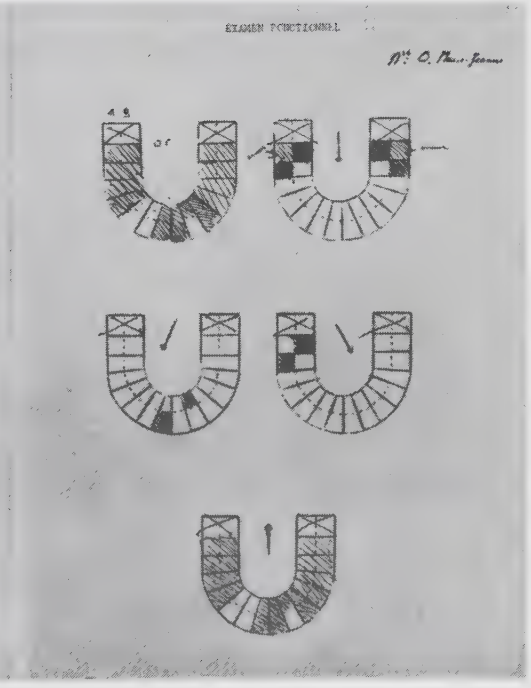
- 18.5.71 : Curetage de $\overline{876}$

- 7.6.71 : Double lambeau papillaire sur G2.

***




EXAMEN CLINIQUE
Côté vestibulaire
Côté lingual
Côté lingual
Côté vestibulaire


EXAMEN FONCTIONNEL

VI - DOUBLE LAMBEAU PAPILLAIRE

Monsieur R... Louis (U.E.R.)
55 ans.

ETAT GENERAL

- troubles de l'appareil locomoteur : rhumatismes
- troubles allergiques : eczéma

ETAT LOCAL

- signes apparus en 1960 : mobilité dentaire anormale, gressions, rétentions alimentaires avec difficultés à mastiquer. La parodontolyse a provoqué la perte de plusieurs dents.

- le malade a présenté des gingivites

- pas d'habitudes vicieuses, mais une occlusion en bout à bout. Aucun traitement orthodontique antérieur

- la prédisposition à la carie est nulle.

- alimentation mixte

- hygiène insuffisante ; présence d'une halitose

- il y a une importante dénudation radiculaire au niveau de D4.

- surcharge fonctionnelle sur G3.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Examen radiographique : parodontose très avancée qui évolue vers une parodontite.

- Examen hématologique :

GR 5.100.000		GB 5.600
Hématocrite	51 %	
Neutro	65 %	VS : 1 h = 12 mm
Eosino	0 %	2 h = 35 mm
Baso	0 %	4 h = 53 mm
Lympho	31 %	TC : 5 m
Mono	4 %	TS : 4 m
Taux de prothrombine	100 %	

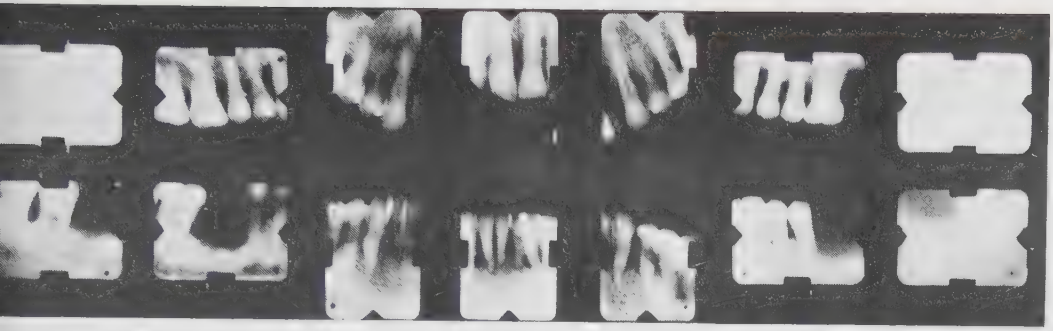
PLAN DE TRAITEMENT

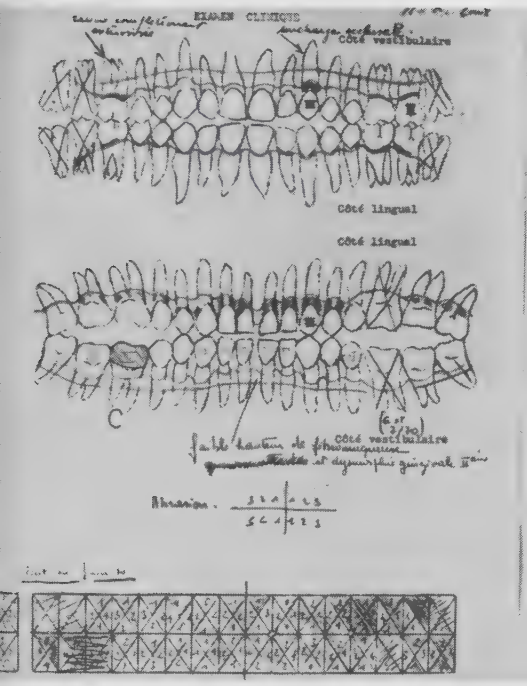
- extraction de G7, D1, g7, g6
- curetages des secteurs latéraux
- gingivectomie secteur latéral inférieur droit (d8 à d4)
- double lambeau papillaire sur G3
- lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement sur les secteurs incisivo-canins supérieur et inférieur
- ligatures de contention
- équilibration.

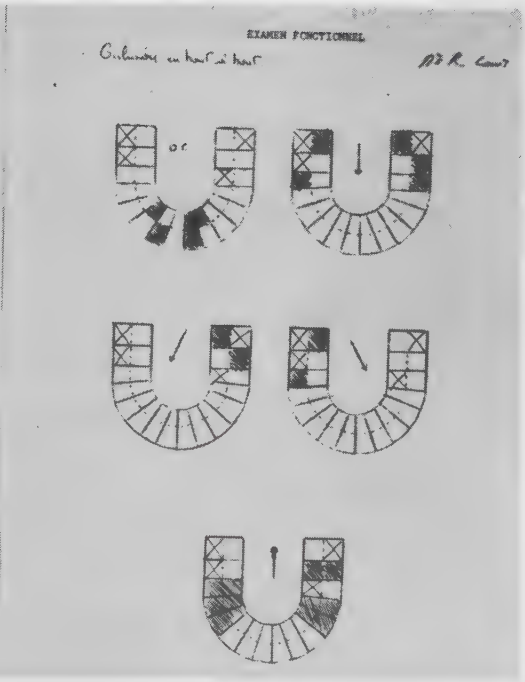
TRAITEMENT

- 1.12.70 : Curetage bloc incisivo-canin supérieur
- 18.12.70 : Curetage bloc incisivo-canin inférieur
- 18.1.71 : Equilibration de G3
- 22.1.71 : Curetage groupe prémolo-molaire supérieur gauche
- 1.2.71 : Curetage groupe prémolo-molaire supérieur droit
- 8.2.71 : Curetage groupe prémolaire inférieur gauche
- 23.2.71 : Lambeau groupe prémolaire inférieur droit
- 15.3.71 : Extraction d1
- 22.3.71 : Ligature grass-line bloc incisivo-canin inférieur. Ligature métallique bloc incisivo-canin supérieur
- 21.5.71 : Double lambeau papillaire G3
- 27.6.71 : Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement bloc incisivo-canin inférieur.

***




EXAMEN CLINIQUE
Côté vestibulaire
Côté lingual
Côté lingual
Côté vestibulaire


EXAMEN FONCTIONNEL

VII - GREFFE LIBRE D'EPAISSEUR PARTIELLE

Monsieur S... Hoene (U.E.R.)
30 ans, étudiant.

ETAT GENERAL

- troubles digestifs : affection hépatique, constipation

- troubles hématologiques : augmentation du temps de coagulation

ETAT LOCAL

- forte prédisposition à la carie
- alimentation mixte

- hémorragies spontanées au brossage et présence d'une suppuration. On note des mobilités dentaires anormales, engendrant des difficultés alimentaires par rétention alimentaire

- pas d'habitudes vicieuses, ni de traitement orthodontique antérieur

- hygiène insuffisante

- récession gingivale entraînant une dénudation radiculaire au niveau des incisives centrales inférieures : pas de gencive attachée, frein s'insérant au pôle inférieur de la récession

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

- Examen radiographique : atrophies verticales.

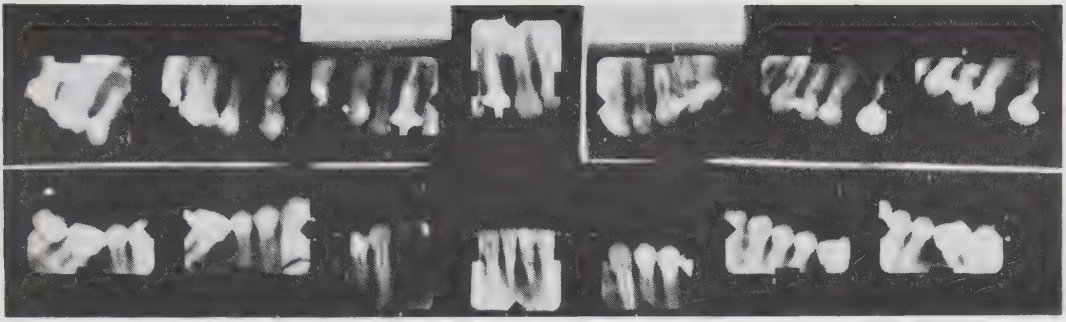
DIAGNOSTIC

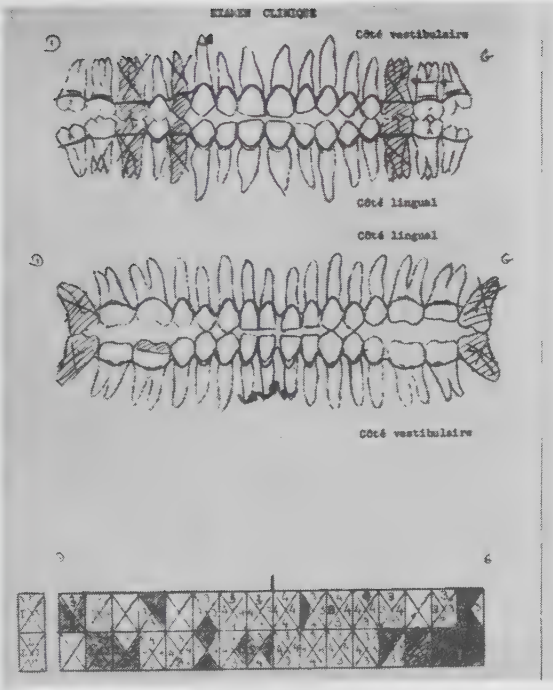
- Parodontite superficielle avec quelques lésions de parodontite profonde.

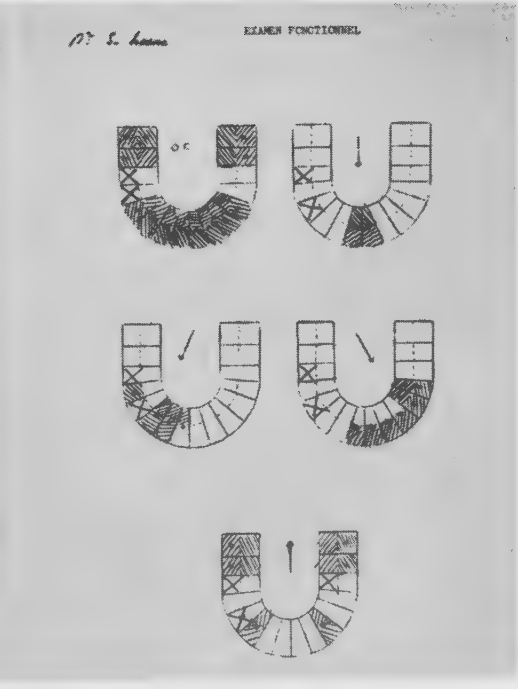
PLAN DE TRAITEMENT

- greffe libre au niveau des incisives inférieures (centrales) le 1.6.71.

***




EXAMEN CLINIQUE
Côté vestibulaire
Côté lingual
Côté lingual
Côté vestibulaire


EXAMEN FONCTIONNEL

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
M. D...	47	Parodontite profonde	2.6.68	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	45
M. D...	47		9.8.68	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	876
Mme M...	38	Parodontite profonde	6.5.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme D...	63	Parodontite profonde	13.5.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	4321 | 123
Mme A...	57	Parodontite profonde	20.5.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	4321 | 1234
Mme T...	50	Parodontite profonde	11.6.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	4567
Mme R... U.E.R.	40	Parodontite superficielle avec insuffisance de gencive attachée	13.6.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
M. D... U.E.R.	62	Parodontite profonde	17.6.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme B...	33	Parodontite superficielle	24.6.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
M.I... U.E.R.	40	Parodontite profonde	4.7.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	4321 | 123
M.N... U.E.R.	47	Parodontite profonde	11.7.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	312 | 123

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
M. C... U.E.R.		Parodontite profonde	20.10.69	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement.	321 | 123
M. C... U.E.R.		" "	9.2.70	" "	321 | 123
Mme M...	38	Parodontite profonde	15.7.69	" "	87654 |
M. M...	42	Parodontite profonde	26.9.69	" "	321 | 123
M. H...	53	Parodontite profonde	13.10.69	" "	7654 |
M. B... U.E.R.	45	Parodontite profonde	14.11.69	" "	321 | 123
Mme S... U.E.R.	63	Parodontite profonde	20.1.70	" "	321 | 123
Melle B...	52	Parodontite profonde	30.1.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement avec ostéoplastie	87654 |
M. G... U.E.R.	48	Parodontite profonde	2.2.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
M. S...	40	Parodontite profonde	14.2.70	" "	| 45678
M.S...	40	" "	14.3.70	" "	| 45678
Mme M...	55	Parodontite superficielle	18.2.70	" "	| 45678
M. D...		Parodontite profonde	20.2.70	" "	321 | 123

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
Mme S...	43	Parodontite profonde	24.2.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement avec ostéoplastie	321 | 123
M. L...		Parodontite profonde	2.3.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme F...	63	Parodontite profonde	2.3.70	" "	7654 |
Mme M... U.E.R.		Parodontite profonde	16.3.70	" "	321 | 123
M. L... U.E.R.	44	Parodontite profonde	20.3.70	" "	321 | 123
M.A... U.E.R.	50	Parodontite profonde	3.4.70	" "	321 | 123
Mme G... U.E.R.	34	Parodontite	5.4.70	" "	321 | 123
M. H...	53	Parodontite profonde	16.5.70	" "	321 | 1234
Mme M... U.E.R.		Parodontite profonde	19.5.70	" "	321 | 123
M. S...	40	Parodontite profonde	6.6.70	" "	| 2 4 7
M. L... U.E.R.	63	Parodontite profonde	9.6.70	" "	321 | 123
M. de K...	72	Parodontite profonde	16.7.70	" "	| 45678

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
M. D...	48	Parodontite superficielle	18.7.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
M. C... M. C... M. C...	40	Parodontite profonde	19.7.70 19.7.70 19.7.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement avec ostéoplastie	321 | 123 321 | 123 7654
M. G... U.E.R.		Parodontite profonde	21.7.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme C...	63	Parodontite profonde	3.8.70	" "	123
Melle A...	33	Parodontite superficielle	5.9.70	" "	321 | 123
Melle D...	25	Parodontite superficielle	26.9.70	" "	321 | 123
Mme H... U.E.R.	55	Parodontite profonde	19.10.70	" "	321 | 1234
Mme B...	37	Parodontite profonde	21.10.70	" "	321 | 123
M. D... U.E.R.	52	Parodontite superficielle avec insuffisance de gencive attachée	23.10.70	" "	321 | 123
M. D... U.E.R.	29	Parodontite profonde	26.10.70	" "	321 | 123
M. C... U.E.R.	55	Parodontite profonde	3.10.70	" "	4321 | 123

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
Melle A... U.E.R.	19	Parodontite profonde secteur incisivo-canin, superficielle ailleurs	9.11.70	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme P... U.E.R.		Parondontite profonde	23.11.70	" "	321 | 123
Mme G... U.E.R.	59	Parodontite superficielle	24.9.70	" "	54321
Mme D... U.E.R.	43	Parodontite profonde	5.1.71	" "	321 | 123
Mme L... U.E.R.	41	Parodontite profonde	8.2.71	" "	321 | 123
Mme S... U.E.R.	67	Parodontite profonde	12.2.71	" "	321 | 123
Mme D... U.E.R.	61	Parodontite profonde	15.2.71	" "	321 | 123
Mme M...	49	Parodontite profonde	16.2.71	" "	34
Mme D... U.E.R.	55	Parodontite profonde	16.2.71	" "	321 | 123
M. L... U.E.R.	35	Parodontite profonde	22.2.71	" "	321 | 123
M. C... U.E.R.	29	Parodontite profonde	3.3.71	" "	321 | 123
Melle T...	41	Parodontite profonde	6.3.71	" "	45678

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
M. T...	58	Parodontite profonde	6.3.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 1234
Mme L...	33	Parodontite profonde	17.3.71	" "	321 | 123
Mme P...	53	Parodontite profonde	18.3.71	" "	876543
Mme B...	38	Parodontite profonde	25.3.71	" "	321 | 123
Mme B...		"	28.4.71	" "	4567
Mme B...		"	16.7.71	" "	7654
Mme B...		"	16.7.71	" "	4567
M. R... U.E.R.	56	Parodontite profonde	4.5.71	Double lambeau papillaire	3
M. B...	50	Parodontite très avancée pour laquelle est envisagée une implantation endodontale	10.5.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme R...	36	Parodontite profonde	5.5.71	" "	876543
M. L...	52	Parodontite superficielle	12.5.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
M. C...	25	Parodontite profonde	14.5.71	Autogreffe libre d'épaisseur partielle	21 | 12
Mme B... U.E.R.	38	Parodontite profonde	17.5.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme T...	47	Parodontite superficielle	19.5.71	" "	345678

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
Mme H...	45	Parodontite profonde	24.5.71	Lambeau de tubérosité	8 |
Mme B...	59	Parodontite profonde	25.5.71	Lambeau palatin d'épaisseur partielle repositionné	| 4567
Melle O... U.E.R.	25	Parodontite juvénile aiguë avec insuffisance de gencive attachée	26.5.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné latéralement	| 4
Melle O .. U.E.R.	25	"	15.3.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	| 4567
Melle O...	25	"	7.6.71	Double lambeau papillaire	| 2
M. S... U.E.R.	30	Parodontite profonde	1.6.71	Auto-greffe libre d'épaisseur partielle	21 | 12
Mme Z... U.E.R.	27	Parodontite superficielle	3.6.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
M. C...	67	Parodontite superficielle poches réduites (3 mm) mais insuffisance de gencive attachée Dénudation radiculaire de 9 mm au niveau de g3-g4	4.6.71	Autogreffe libre d'épaisseur partielle	| 34
Mme G... U.E.R.	58	Parodontite superficielle avec quelques secteurs atteints de parodontite profonde	7.6.71	Lambeau de tubérosité	| 8

Nom	Age	Diagnostic	Date d'intervention	Nature de l'intervention	Ter. intéressé
Mme B... U.E.R.	48	Parodontite superficielle avec secteurs atteints de parodontite profonde	8.6.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Mme V... U.E.R.		Parodontite profonde	14.6.71	Lambeau de tubérosité	8
Mme K... U.E.R.	38	Parodontite profonde avec insuffisance de gencive attachée	26.6.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
M. B... U.E.R.	43	Parodontite profonde	7.7.71	Lambeau rétro-molaire	8
M. D...	48	Parodontite superficielle	10.7.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123
Melle A...	19	Parodontite juvénile aiguë	17.7.71	Lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement	321 | 123

CONCLUSIONS

1°/ La chirurgie parodontale doit, en raison de la multiplicité des tissus et de la variété des territoires auxquels elle s'adresse, pouvoir mettre en oeuvre des techniques de plastie diverses.

2°/ Deux impératifs s'imposent à la chirurgie mucogingivale :

* Eviter la dénudation osseuse dont de nombreux travaux ont souligné qu'elle entraînait une ostéolyse

* Munir le malade d'une gencive fonctionnelle. Celle-ci doit se montrer apte à préserver le manchon épithélio-conjonctif contre tout effet de tension et offrir une configuration déflectrice limitant à la fois les rétentions de dépôts dentaires exogènes et les traumatismes consécutifs à l'acte masticatoire.

3°/ Le lambeau d'épaisseur partielle permet de les satisfaire.

* Il ménage une couverture constituée du périoste et des couches profondes du chorion au niveau des zones donneuses dans les lambeaux par rotation, les lambeaux bi-papillaires et les greffes libres ainsi que dans l'aire de périoste volontairement exposée au cours du lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement.

Le risque de découvrir des déhiscences et des fenestrations est écarté.

* Il autorise une maniabilité plus prononcée des lambeaux primaires du palais, de la tubérosité, de la zone rétro-molaire.

Après éviction des tissus inflammatoires un affrontement est réalisable dans de meilleures conditions, assurant une protection efficace des territoires osseux sous-jacents qui ont fait l'objet d'interventions concomitantes.

4°/ Le lambeau d'épaisseur partielle repositionné apicalement donne en outre au périoste la possibilité :

* de manifester ses facultés régénératrices en édifiant une nouvelle gencive attachée à laquelle une trame collagène particulièrement dense confère une haute valeur fonctionnelle.

* d'assumerun rôle purement mécanique en offrant un support à des sutures.

5°/ Le lambeau d'épaisseur partielle répond aux considérations d'ordre cosmétique par l'obtention d'un meilleur affinement des contours gingivo-dentaires.

6°/ Ces techniques pourraient apparaître quelque peu sophistiquées si elles ne trouvaient leur justification dans le fait que le chirurgien se doit de permettre à son malade d'aborder dans les meilleures conditions les travaux de prothèse conjointe de contention intervenant souvent dans un temps ultérieur.

***

BIBLIOGRAPHIE

1 ABER CROMBIE M.
In "Wound Healing" (Sir Charles Illing worth ed).
J. and A. Churchill London 1966, 61-68.

2 ARIAUDO A.A. and TYRRELL H.A.
Repositioning and increasing the zone of attached gingiva.
J. of Periodont 1957, 28, 106-110.

3 ARIAUDO A.A.
The efficacy of antibiotics in Periodontal Surgery : A controlled Study with Lincomycin and Placebo in 68 patients.
J. of Periodont 1969, 40, 150-153.

4 BARRELLE J.J. et KOSKAS H.S.
Techniques fondamentales de la chirurgie parodontale.
Actualités Odonto-stomatologiques 1969, 333-364.

5 BECKER N.G. Jr.
A free gingival graft utilizing a pre suturing technique
Periodontics 1967, 5, 194-197.

6 BENJAMIN Sh.
Cours de Parodontologie
Nice du 1er au 5 Mai 1971.

7 BERTOLINI A.G.
Le traitement chirurgical et prothétique des parodontopathies.
Parodontologie 1964, 18, 101-114.

8 BHASKAR S.N., CUTRIGHT D.E., BEASLEY J.D., PEREZ B., HUNSUCK E.
Healing under full and partial thickness mucogingival flaps in the miniature swine.
J. of Periodont 1970, 41, 675-683.

9 BJORNDAHL O.
Reattachment and Bone regenerations. Report of a case.
J.A.D.A. 1948, 36, 356.

10 BOHANNAN H.M.
Studies in the alteration of vestibular depth.
1°/ Complete denudation

J. of Periodont 1962, 33, 120-128.

2°/ Periosteum retention

J. of Periodont 1962, 33, 354-359.

3°/ Vestibular incision

J. of Periodont 1963, 34, 209-215.

11 BRACKETT R.C. and GARGIULO A.W.
Free gingival gingival grafts in humans.
J. of Periodont 1970, 41, 581-586.

12 BRESSMAN E. and CHASENS A.I.
Free gingival graft with periosteal fenestration.
J. of Periodont 1968, 39, 298-230.

13 CARRANZA F.A. Jr. and CARRARO J.J.
Mucogingival techniques in Periodontal Surgery.
J. of Periodont 1970, 41, 294-299.

14 CHACKER F.M. and COHEN D.W.
A clinical and histologic study of healing following resection of the attached gingiva and reflexion of the alveolar mucosa in monkeys. Presented before the American Academy of Periodontology. Los Angeles 1960.

15 CHAPUT A.
Stomatologie.
Editions Médicales - Flammarion 1967.

16 COHEN D.W. and ROSS S.E.
The double papillae repositioned flap in periodontal therapy.
J. of Periodont 1968, 39, 65-70.

17 CORN H.
Periosteal Separation. Its clinical significance.
J. of Periodont 1962, 33, 140-152.

18 CORN H.
Plastic procedure in mucogingival surgery.
Presented to the American Academy of Periodontology.
Las Vegas 1965.

19 CORN H.
Classification of periodontal flaps. Presented to the American Society of Periodontists. Chicago 1966.

20 COWAN A.
Sulcus Deepening incorporating mucosal graft.
J. of Periodont 1965, 36, 188-192.

21 DAHLBERG W.
Consideration for periodontal flap selection and flap management.
Presented to the American Society of Periodontists Chicago 1966.

22 DONNENFELD O.W., MARKS R.M. and GLICKMAN
The Apically repositioned flap. A clinical study.
J. of Periodont 1964, 35, 381-387.

23 DULUC J.C.
Chirurgie muco-gingivale en parodontologie.
Bordeaux Med. 1970, 3, 2157-2158.

24 DULUC J.C.
Implants stabilisateurs et parodontolyse.
Société d'Odonto-stomatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest. Séance du 10 Juin 1969.

25 DULUC J.C., BOUDAT A., DAVID J.P.
Equilibration occlusale en Parodontie. Société d'Odonto-stomatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest. Séance du 9 Décembre 1969.

26 DULUC J.C., BOUDAT A., DAVID J.P.
Le curetage parodontal.
Sté d'Odonto-stomatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest. Séance du 13 Janvier 1970.

27 DULUC J.C., BOUDAT A., DAVID J.P.
Myologie fonctionnelle. Position de repos.

Mouvements masticatoires.
Sté d'Odonto-stomatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest. Séance du 13 Janvier 1970.

28 DULUC J.C., DAVID J.P. et BOUDAT A.
Quelques aspects actuels de la chirurgie parodontale.
C.E.O.S.A. Séance du 7 Mars 1970.

29 DULUC J.C., BOUDAT A., DAVID J.P. et PELLOTIER J.
Traitement des dysfonctions de l'A.T.M. dans la technique d'équilibration de Lauritzen.
C.E.O.S.A. Séance du 17 Juin 1970.

30 DULUC J.C., BOUDAT A., DAVID J.P. et PELLOTIER J.
Une technique de traitement chirurgical des Parodontites profondes.
C.E.O.S.A. Séance du 17 Juin 1970.

31 DULUC J.C.
"Hydrocolloïdes et parodontopathies : attelles par onlays à crampons sur dents vivantes".
C.E.O.S.A. Séance du 17 Juin 1970.

32 DULUC J.C.
"Aspects de la chirurgie muco-gingivale".
Journées d'Enseignement post-universitaires pour les chirurgiens-dentistes - Montpellier Juin 1971.

33 DULUC J.C., PELLOTIER J., BOUDAT A
A propos des lambeaux de rotation.
C.E.O.S.A. Séance du 28 Juin 1971.

34 DULUC J.C., PELLOTIER J., BOUDAT A.
Les lambeaux bipapillaires.
C.E.O.S.A. Séance du 28 Juin 1971.

35 DULUC J.C., BOUDAT A., PELLOTIER J.
Considérations sur les greffes gingivales libres.
C.E.O.S.A. Séance du 28 Juin 1971.

36 FORSBERG A.
Forut satt ningen for Restitution av den Marginal Upphangningen efter kirurgisk Behandling av den Periradikulara Fickan.
Svensk Tandlak 1954, 47, 197.

37 FRIEDMAN N.
Mucogingival surgery.
Texas Dent. J. 1957, 75, 358.

38 FRIEDMAN N.
Hypothesis of wound healing in mucogingival surgery and its relationship to therapy.
Presented to the American Society of Periodontists Seattle 1962.

39 FRIEDMAN N. and LEVINE L.
Mucogingival surgery ; current status.
J. of Periodontology 1964, 35, 521.

40 FRIEDMAN N.
Mucogingival surgery ; the apically repositioned flap.
J. of Periodont 1962, 33, 328.

41 FRIEDMAN N. and LEVINE H.L.
Mucogingival surgery. In dental clinics of North America.
Symposium on Periodontal Therapy
March 1964, 63, 77.

42 FRISH J., BHASKAR S.
Free mucosal graft with tissue adhesives.
J. of Periodont 1968, 39, 190-195.

43 GARCIAS D. et VAILLAND J.P.
Une méthode rapide de décalcification appliquée à l'histologie dentaire.
Actualités Odonto-Stomatologique 1970. 217-222.

44 GILLMAN T.
In Treatise on Collagene Vol. 2 Part B
(G.N. Rama Chandran and B.S. Gould eds)
Academic Press Inc New-York 1968, 331-407.

45 GLICKMAN I. and LAZANSKY J.P.
Reattachment of the Marginal Gingiva and Periodontal Membrane in Experimental Animals
J.D. Res 1950, 29, 659.

46 GLICKMAN I.
Clinical Periodontology, W.B. Saunders Company
Philadelphia and London. Third Edition 1964.

47 GOLDMAN H.
The development of physiologic contours by gingivoplasty.
Oral Surg. 1950, 3, 874.

48 GOLDMAN H.
Periodontia the C.V. Mosby Co Edit. 4 St Louis 1957.

49 GOLDMAN H. and COHEN D.W.
Periodontia the C.V. Mosby Co Edit. 4 St Louis 1957.

50 GOLDMAN H.
Newer concepts of Mucogingival Surgery
J. of Periodont 1960, 31, 175-185.

51 GRUPE H.E. and WARREN R.F.
Repair of Gingival defects by a sliding flap operation.
J. of Periodont 1956, 27, 290.

52 GRUPE H.E.
Horizontal sliding flap operation.
Dent. Clin. N Amer March 1960, p.43.

53 GRUPE H.E.
Modified technique for the sliding flap operation.
J. of Periodont 1966, 37, 491-495.

54 HAGGERTY P.C.
The use a free gingival graft to create a healthy environment for full crown preparation Periodontics 1966, 4, 329-331.

55 HARVEY P.M.
Menagement of advanced periodontitis Part I.
Preliminary report of a method of surgical reconstruction.
New Zeal. Dent. J. 1965, 61, 180.

56 HAWLEY C.E. and STAFFILENO H.
Clinical Evaluation of Free Gingival Grafts in Periodontal Surgery.
J. of Periodont 1970, 41, 105-112.

57 HELBURN R.L., COHEN D.W. and CHACKER F.M.
Healing of repositioned mucogingival flaps in monkeys. IADR Abstracts 1963.

58 HELD A.J. et CHAPUT A.
Les Parodontolyses.
Julien Prélat Ed. 1959.

59 HIATT W.H., STALLARD R.E., BUTLER E.D. and BADGETT B.
Repair following mucoperiosteal flap surgery with full gingival retention.
J. of Periodont 1968, 39, 11.

60 HIRSCHFELD
The tooth brush ; its use an abuse.
J. Amer Dent. Ass. 1939, 26, 1237.

61 HURNI A.
"Sliding flap" eine operation zur behebung eines gingivalen Defektes bei einem eizelnen Zahn.
Schweiz Monats fur Zahnh 1966, 76, 499-503.

62 JANSON W.A., RUBEN M.P., KRAMER G.M., BLOOM A.A., TURNER H.
Development of the blood supply to splitthickness free gingival autografts.
J. of Periodont 1969, 40, 33-42.

63 KING K.O. and PENNEL B.M. Lecture
Philadelphia Society of Periodontology 1964 (cited by NABERS Periodontics 1966 4, 77-79).

64 KIRKLAND O.
Modified flap operation in surgical treatment of periodontoclosia. J. Amer Dent. Ass. 1932, 19, 1918.

65 KLAVAN B.
The replaced graft.
J. of Periodont 1970, 41, 406-411.

66 LUCCHINI J.P.
Les greffes gingivales libres.
Information Dentaire 1971,n° 1, 31-35.

67 MALAMED E.H.
A technique of suturing flaps in Periodontal surgery.
Periodontics 1963, 1, 207.

68 MELCHER A.H. and BOWEN W.H.
Biology of the Periodontium.
Academic Press Inc. LTD
Bekerley Square House.
Bekerley Square London WIX GBA 1969.

69 MELCHER A.H. and IRVING J.T.
In "Bone and Tooth"
(H.J.J. Blackwood ed) Pergamon Press Oxford
1964, 337-34.

70 MELCHER A.H.
Repair of wounds in the periodontium of the rat.
Influence of periodontal ligament on osteogenesis.
Archieves of Oral Biology.

71 MELCHER A.H.
Role of the periosteum in repair of wounds of the parietal bone of the rat.
Archieves of Oral Biology 1969, 14, 1101-1109.

72 MORRIS M.L.
The unrepositioned mucoperiosteal flap.
Periodontics 1965, 3, 147.

73 NABERS C.L.
Repositioning the attached gingiva.
J. of Periodont 1954, 25, 38.

74 NABERS C.L.
When is gingival repositioning an indicated procedure ?
Periodont Abstract 1957, 5, 93.

75 NABERS J.
Extension of the gingival fornix utilizing a gingival graft. Case History Periodontics 1966, 4, 77-79.

76 NABERS J.
Free gingival grafts
Periodontics 1966, 4, 243-245.

77 NABERS J.
Lecture - American Academy of Periodontology
San Antonio Texas 1966.

78 NICOLAS G.
La néo-formation d'une muqueuse attachée dans les cas de parodontolyse. La vestibuloplastie selon les techniques conventionnelles.
Rev. Belge Med. Dent. 1970, 25, 553-564.

79 NOVAES A.B., KOHN S., RUBEN M.P. and GOLDMAN H.M.
Visualization of microvascularization of the healing periodontal wound V Periosteum retention Technique of Mucogingival Surgery.
J. of Periodont 1970, 41, 685-695.

80 OCHSENBEIN C., BOHANNAN H.M.
The palatal approach to osseous surgery

1°/ Rationale
J. of Periodont 1963, 34, 60

81 OCHSENBEIN C., BOHANNAN H.M.
The palatal approach to osseous surgery
2°/ Clinical application.
J. of Periodont 1964, 35, 54-68.

82 PENNEL B.M., TABOR J.C., KING K.O., TOWNER J.D., FRITZ B.D., HIGGASON J.D.
Free masticatory Mucosa Graft
J. of Periodont 1969, 40, 162-166.

83 PETIT A.
Parodontologie. Notions fondamentales et problèmes pratiques.
Masson et Cie. Julien Prélat 1968.

84 PFEIFER J.S.
The growth of gingival tissue over denuded bone.
J. of Periodont 1963, 34, 10.

85 PFEIFER J.S.
The reaction of alveolar bone to flap procedures in man.
Periodontics 1965, 3, 135.

86 PINET M.
De l'importance de la conservation de la gencive fibreuse en parodontologie.
Ann. Odonto-stomato. 1966, 23, 149-153.

87 - PRICHARD J.F.
Advanced periodonteal disease
Philadelphia W.B. Saunders Co Ed. 1, 1964.

88 PRICHARD J.F.
Gingivoplasty, gingivectomie and osseous surgery.
J. of Periodont, 1961, 32, 275.

89 REES T.D. and BRASHER W.J.
A technique for obtaining thin split-thickness grafts in periodontal surgery.
J. Oral Surgery 1970, 29, 148-154.

90 ROBINSON R.E.
Periosteal Fenestration in mucogingival Surgery.
J. Western Soc. Periodont 1961, 9, 107.

91 ROBINSON R.E.
The distal wedge operation.
Periodontics 1966, 4, 256.

92 SNYDER A.J.
A technic for free autogenous gingival grafts.
J. of Periodont 1969, 40, 702-706.

93 STAFFILENO H., WENTZ F. and ORBAN B.
Histologic study of healing of split thichness flap surgery in dogs.
J. of Periodont 1962, 33, 56.

94 STAFFILENO H., LEVY S. and GARGIULO A.
Histologic study of cellular mobilisation and repair following a periosteal retention operation via split thickness mucogingival flap surgery in dogs.
J. of Periodont 1962, 33, 56.

95 STAFFILENO H., LEVY S. and GARGIULO A.
Histologic study of cellular mobilisation and repair following a periosteal retention operation via

split thickness mucogingival flap surgery. J. of Periodont 1966, 37-117.

96 STAFFILENO H., WENTZ F.M. and ORBAN B.
Histologic study of healing of split thickness flap surgery in dogs.
J. of Periodont 1962, 33-56.

97 STAFFILENO H.
Management of trifurcation problem.
J. of Periodont 1963, 1, 264.

98 STAFFILENO H.
Surgical management of furca invasions
Dent. Clin. N. Amer St Louis W.B. Saunders Co
January 1969.

99 STAFFILENO H.
Palatal flap surgery
Mucosal flap (split thickness) and its advantages over the mucoperiosteal flap.
J. of Periodont 1969, 40, 547-552.

100 STALLARD R.E. and HIATT Wm H.
The induction of new bone and cementum formation.
J. of Periodont 1968, 29, 273.

101 STERN J.B.
The use of TELFA as a Periodontal dressing
N.Y. State Dental Journal 1958, 26, 260.

102 SUGARMAN E.F.
A clinical and histological study of the attachment of grafted tissue to bone and teeth.
J. of Periodont 1969, 40, 381-387.

103 SULLIVAN H.C. and ATKINS J.H.
Free autogenous gingival grafts.
Principles of succesful grafting
Periodontics 1968, 6, 121-129.

104 SUMMER C.F.
Surgical repair of recession on the maxillary cuspid:
Incisally repositioning the gingival tissues.
J. of Periodont 1969, 2, 119-121.

105 TAVTIGIAN R.
The height of the facial radicular alveolar crest
following apically positioned flap operations.
J. of Periodont 1970, 41, 412-417.

106 TECUCIANU J.F.
Chirurgie plastique gingivale.
Revue stomato-odonto Nord France 1970
25, 229-234.

107 TECUCIANU J.F.
Auto-greffes gingivales libres en chirurgie paro-
dontale.
Revue stomatologie 1971, 72, 341-342.

108 UOHARA G.I. and FEDERBUSCH M.D.
Removal of papillary hyperplasia
J. Oral Surgery 1968, 26, 463-466.

109 WEISS P.
In "Wound Healing and Tissue Repair"
(W. Bradford Patterson Ed.)
University of Chicago Press Chicago 111 1959, 1-9.

110 WIDMAN T.
The operative treatment of pyorrhea alveolarous

(Abstract).
Brit. Dent. J. 1920, 41, 293.

111 WILDERMAN M.N., WENTZ F.M. and ORBAN B.J.
Histogenesis of repair after mucogingival surgery.
J. of Periodont 1960, 31, 283.

112 WILDERMAN M.N.
Exposure of bone in periodontal surgery.
Dent. Clin. N Amer Mar 1964, 23.

113 WILDERMAN M.N.
Repair after a periosteal retention procedure.
J. of Periodont 1963, 34-487.

114 WORLD WORKSHOP IN PERIODONTICS
Ann. Arbor Michigan June 6-9, 1966.

115 ZENTLER A.
Suppurative gingivitis with alveolar involment :
a surgical procedure.
J.A.M.A. 1918, 71, 1530.

***

TABLE DES MATIERES

	Pages
- OBJECTIF DE LA CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE	1
- EVOLUTION DES TECHNIQUES DE CHIRURGIE MUCO-GINGIVALE	3
- Poches atteignant ou dépassant la jonction muco-gingivale	4
- Les insertions hautes des freins	12
- Récessions gingivales	13
- MODALITES D'APPLICATION DES LAMBEAUX D'EPAISSEUR PARTIELLE	15
- Lambeaux palatins	16
- Lambeaux tubérositaires	22
- Lambeaux rétro-molaires	26
- Lambeaux repositionnés apicalement	29
- Lambeaux repositionnés latéralement	39
- Lambeaux bi-papillaires	49
- Greffes pédiculées des zones édentées	54
- Greffes gingivales libres	57
- EXPERIMENTATION	70
- OBSERVATIONS	81
- CONCLUSIONS	108
- BIBLIOGRAPHIE	110

***